FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 12 novembre 1908, à 1 heure

Par **Léopold BAILLEUL**

Né à Flers-de-l'Orne, le 15 novembre 1880

CE QU'IL FAUT PENSER DES CONTRE-INDICATIONS DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

Président : M. BAR, *professeur.*

Juges : MM. POZZI, *professeur.*
MARION et BRINDEAU, *agrégés*

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
10, Rue de Vaugirard, 10 (*près l'Odéon*)
(*Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince*)

1908

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	BRISSAUD.
	DEJERINE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	QUENU.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	G. BALLET
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM.
	DIEULAFOY
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU.
	N***.
	REGLUS.
	SEGOND.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD.
	BAR.
	RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynecologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON (Fern.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de vive affection
et de profonde reconnaissance.

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE CAEN

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

A MES MAITRES DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BAR

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
ACCOUCHEUR DES HOPITAUX
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Au moment de terminer nos études médicales, qu'il nous soit permis d'adresser ici l'hommage de notre reconnaissance aux maîtres éminents et dévoués qui ont dirigé nos premiers pas dans l'étude si attrayante de la médecine.

Nous adressons nos plus vifs remerciements à nos Maîtres de l'École de médecine de Caen, qui furent toujours pour nous pleins de bienveillance et de dévouement. Que MM. les Drs Auvray, Gidon, Barette, Guillet, Catois, Gosselin, Osmont, Leger Paul, et Leroux reçoivent l'expression de notre sincère gratitude.

Nous remercions également nos Maîtres dans les Hôpitaux de Paris, MM. les professeurs Landouzy, Berger et Raymond, dont nous avons eu la bonne fortune de suivre les précieuses leçons. Nous eûmes l'honneur d'être l'élève du très regretté professeur Budin. C'est un devoir pour nous d'adresser un souvenir ému à sa mémoire. Il sut par son enseignement clair, et aussi par les conseils si utiles qu'il savait donner aux mères,

nous intéresser à l'étude de l'Obstétrique et de la Pédiatrie.

Nous ne saurions non plus oublier MM. les professeurs agrégés Demelin et Jeannin que nous tenons à remercier de leur bienveillance à notre égard pendant notre séjour à la Clinique Tarnier.

De notre internat à l'hôpital Saint-Joseph nous garderons le meilleur souvenir. Nous adressons à nos maîtres, MM. les Drs Lebec, Meslay, Mayet, Mérigot de Treigny, Monnier, Genouville, Lorrain et Leuret le témoignage de notre vive reconnaissance. Nous n'oublierons jamais tout ce que nous devons à leurs conseils pendant le temps que nous avons pu profiter de leurs leçons et de leur expérience.

Que M. le professeur agrégé Maygrier, qui a bien voulu nous autoriser à prendre les documents nécessaires pour notre thèse dans son ancien service de la Charité, veuille bien accepter nos remerciements.

Nous remercions également Mlle Hiernard, sage-femme en chef de la Maternité de la Charité, qui a mis à notre disposition avec tant de complaisance toutes les observations qui nous étaient utiles.

M. le Dr Binet, ancien moniteur à la Clinique Tarnier, est pour nous un ami. Nous nous souviendrons toujours de son amabilité et de son empressement à nous rendre service.

M. le professeur Bar nous fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous le prions de bien vouloir agréer l'expression de notre respectueuse gratitude.

CE QU'IL FAUT PENSER DES CONTRE-INDICATIONS DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

INTRODUCTION

Le développement physique de l'enfant exige normalement après sa naissance l'allaitement maternel. Le mode d'alimentation des nouveau-nés est du plus haut intérêt pour le médecin et pour la société. Or, « il n'y a pas de meilleure goutte de lait que celle que l'enfant trouve au sein de sa mère. » (Ausset.) Aussi la plupart des auteurs s'efforcent-ils de démontrer que rien ne peut remplacer l'allaitement au sein.

Les médecins, les législateurs, les philosophes de tous les temps encourageaient l'allaitement maternel. Lycurgue obligeait les Lacédémoniennes à donner le sein à leur enfant. Chez les Romains, les femmes tenaient à honneur d'allaiter elles-mêmes leurs nourrissons.

« La nature, a écrit Plutarque, en remplissant de lait le sein des mères, montre que les mères doivent nourrir elles-mêmes l'enfant qu'elles viennent de mettre au jour. »

En France, des médecins, Ambroise Paré, Jacques Guillemeau; des philosophes, en particulier Jean-Jacques Rousseau, firent revivre ce mode d'allaitement. En effet, vers la fin du XVIII[e] siècle, sous l'influence de Jean-Jacques Rousseau, dans l'*Émile*, l'allaitement au sein revint en faveur.

A l'heure actuelle, l'allaitement des nouveau-nés est une des grandes préoccupations des hygiénistes. Tout le monde est d'accord pour reconnaître la supériorité indiscutable de l'allaitement au sein. Aussi faut-il s'efforcer de l'obtenir en persuadant aux mères que la vie de leur nourrisson dépend souvent de leur mode d'alimentation.

Défenseurs des droits de l'enfant au lait de sa mère, nous regrettons que certains enfants soient abandonnés aux dangers de l'allaitement au biberon, et que certaines mères ne puissent pas remplir leurs devoirs envers eux. Budin qui perfectionna au plus haut point l'allaitement artificiel déclarait que nous ne connaissons pas actuellement le moyen d'élever les enfants artificiellement sans leur faire courir de grands dangers, tout au moins dans les premiers mois. Chez les enfants nourris au sein par la mère, la mortalité est de 15 pour 100 ; nourris au biberon, loin de la mère, elle est de 40 pour 100. Ainsi un enfant au sein de sa mère a trois fois moins de chance de mourir qu'un enfant séparé d'elle. Neumann (1) montre dans un tableau que la coqueluche

1. *Obstétrique*. Janvier 1896, n° 1.

s'aggrave singulièrement chez les enfants qui ne sont pas nourris au sein.

« Le nouveau-né doit être mis au sein, il doit être nourri par sa mère, telle est la règle générale à laquelle il sera fait aussi peu d'exceptions que possible. »

« Malheureusement quelques femmes n'ont qu'une sécrétion lactée insuffisante ou nulle ; d'autres sont malades et ne peuvent nourrir sans compromettre leur existence ; d'autres enfin, obligées de gagner leur vie, sont absolument incapables de conserver leur enfant près d'elles (1). »

En effet, s'il est des mères qui ne veulent pas nourrir, il en est qui ne peuvent pas nourrir. Il existe donc des contre-indications à l'allaitement maternel. C'est ainsi que certaines femmes ont des malformations des seins, un état général mauvais, une affection chronique qui leur interdit l'allaitement, que d'autres ont leur existence menacée par des accidents infectieux. L'enfant lui-même par des vices de conformation de la bouche peut être dans l'impossibilité de téter sa mère. Enfin un grand nombre de femmes ne peuvent pas vivre avec leur enfant pour des raisons d'ordre social.

Ce sont ces contre-indications de l'allaitement maternel que nous allons chercher à préciser dans notre thèse. Nous examinerons dans quels cas l'allaitement au sein doit être encouragé ou défendu aussi bien dans l'intérêt de la mère que celui de l'enfant. Nous avons

1. Budin et Demelin. *Manuel pratique d'accouchement et d'allaitement.* Paris, 1904.

fait nos recherches et pris nos observations dans l'ancien service de M. le professeur agrégé Maygrier à la Maternité de la Charité. Les résultats annuels de l'allaitement au sein par la mère sont soigneusement notés dans les archives de cette Maternité.

C'est après beaucoup d'autres que nous avons entrepris ce travail, mais nous pensons que tout fait apporté à l'appui de l'allaitement maternel concourt à une œuvre utile. De cet ensemble, nous nous efforcerons de tirer les conclusions les plus favorables à l'allaitement au sein. C'est, en effet, par ce seul moyen que nous pouvons lutter efficacement contre la mortalité infantile.

LES DIFFICULTÉS DE L'ALLAITEMENT AU SEIN

CHAPITRE PREMIER

Causes tenant à l'enfant

Faiblesse congénitale chez les prématurés et les débiles. — Le plus souvent ces enfants sont dans un état de torpeur excessive, ils n'ont même pas la force d'exercer de mouvements de succion. — Or, « la succion, régulièrement répétée, est une des causes qui agit le plus puissamment pour déterminer et accroître la production du lait. » (Budin.) On peut donc voir la sécrétion lactée se tarir chez la nouvelle accouchée parce que l'enfant est débile, incapable de téter, ou tétant seulement d'une façon très insuffisante. Aussi, en ville, il est parfois impossible dans ce cas de faire nourrir l'enfant par sa mère. A l'hôpital, nous disposons d'un moyen excellent préconisé par M. le professeur Budin, c'est de mettre le *débile* au sein d'une nourrice dont le lait vient facilement ; la mère est, en outre,

tétée par un gros enfant, dont la succion stimule et entretient la sécrétion lactée.

Enfants nés à terme, mais paresseux. — Ces enfants paresseux « *ou trop sages* » dorment la plupart du temps et ne se plaignent jamais.

Ils prennent peu de lait au sein de leur mère, et leur alimentation devient notoirement insuffisante. Ces enfants ont une sorte *d'anorexie*. A les voir, on croirait ces enfants doués d'une santé florissante; ils sont, en effet, assez gros et ont l'air bien portants. Bien souvent, c'est la pesée régulière qui nous rend compte que ces enfants n'augmentent pas de poids. Il faut bien les surveiller et au besoin les stimuler par les bains chauds, suivis de frictions à l'alcool sur tout le corps. On pratique même parfois le gavage deux ou trois fois (*gavage de renfort de Tarnier*).

Intolérance pour le lait de femme. — On voit parfois survenir, au cours de l'allaitement naturel, de troubles digestifs : diarrhée, selles vertes, régurgitations, vomissements. Or, ces symptômes peuvent ne pas avoir pour origine une faute d'hygiène alimentaire, on ne retrouve d'ailleurs aucune irrégularité dans le régime. La cause est dans l'intolérance qu'ont certains enfants pour le lait de femme.

D'après Cornu (1), l'intolérance du nourrisson pour le lait de femme peut être *incomplète*, c'est-à-dire limitée au lait d'une seule femme, ou *complète* quand elle existe pour le lait de plusieurs femmes.

1. Cornu. Thèse de Paris, 1906.

Le Dr Bouchacourt (1) a rapporté un cas d'intolérance incomplète pour le lait maternel. Cette observation a été faite à la clinique Tarnier. Chaque fois que l'enfant prenait le lait de sa mère, on constatait des vomissements verdâtres. On donna à l'enfant une autre nourrice, il n'eut plus de vomissements.

Peu de jours après, on le remit au sein de la mère, il vomit à nouveau. Cependant chose curieuse, le lait de la mère était parfaitement supporté par un autre enfant. Le lait analysé par M. Nicloux donnait 40 grammes de beurre par litre ; la proportion des autres éléments était normale.

Un cas d'intolérance complète est présenté par M. le professeur Bar (2) à la Société d'obstétrique de Paris (séance d'avril 1903). Il a observé un enfant, né de parents bien portants, qui fut d'abord alimenté par sa mère. Au bout de quelques jours, il fut pris de troubles digestifs s'accompagnant de phénomènes nerveux allant jusqu'à la syncope. On donna une première, puis une seconde nourrice, mais les accidents devenant de plus en plus graves, on fut obligé de mettre l'enfant à la diète hydrique, puis au képhir et au lait d'ânesse. Au bout d'un mois de soins, la courbe commença à s'élever, si bien qu'on put peu à peu donner du lait de vache, coupé d'abord, puis pur. L'enfant allait très bien, quand les parents voulurent le remettre au lait de

1. Bouchacourt. *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1903, n° 4.

2. Bar. *Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, 1903, n° 4.

femme. Immédiatement les mêmes troubles digestifs survinrent, si bien qu'on dut reprendre l'allaitement artificiel. De tels faits sont très rares et difficiles à expliquer. M. Bar se demande s'il ne s'agit pas là d'une intolérance acquise. En effet, cet enfant a eu de la gastro-entérite dès le début et l'infection s'étant développée dans un milieu constitué par le lait de femme, il est possible que par la suite, le même milieu de culture étant introduit, on puisse voir se reproduire les mêmes accidents. On voit, en effet, des personnes qui, à la suite d'une infection, ne peuvent plus supporter un aliment qu'auparavant elles digéraient très bien.

Le Dr Cornu conclut dans sa thèse que l'intolérance totale pour le lait de plusieurs femmes est un fait exceptionnel. C'est la gastro-entérite de l'enfant qui produit l'intolérance, et non l'intolérance qui provoque la gastro-entérite.

Lorsque l'intolérance est limitée, il faut incriminer le lait de la nourrice et vraisemblablement sa composition chimique, par exemple : un excès de beurre...

M. H. de Rothschild (1) rapporte des observations de troubles digestifs provoqués par l'excès du beurre du lait de nourrice.

Un enfant avait une nourrice excellente, jusqu'à 8 mois il augmenta régulièrement ; à ce moment, des troubles se manifestèrent et la diminution du poids fut de 10 à 30 grammes par jour. Les troubles continuant,

1. H. de Rothschild. *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1903, n° 4.

malgré toutes les précautions prises, le lait fut analysé. Il contenait 88 gr. 60 de beurre 0/00.

Le lait de la nourrice fut remplacé par du lait stérilisé au bain-marie, coupé à raison de 10 0/0 d'eau bouillie lactosée. Au bout de vingt-quatre heures, les selles redeviennent normales et l'enfant augmente de poids.

Dans ces cas, dit le professeur Budin, il faut exercer une surveillance rigoureuse, et il suffit le plus souvent de modifier le régime alimentaire de la nourrice et restreindre son alimentation, et surtout son alimentation carnée, de la faire boire abondamment, de lui faire prendre de l'exercice pour rendre son lait un peu moins riche.

D'autres fois, on observe l'excès contraire. On a dès lors affaire à un lait pauvre. Dans un cas où l'enfant n'augmentait pas de poids, l'analyse du lait donna seulement 19 gr. 8 de beurre par litre. Pour faire augmenter la quantité de beurre dans le lait de la mère, il suffit de prescrire un régime contenant surtout des féculents, de la viande, et faire boire peu de liquide. C'est en somme le traitement inverse de celui cité plus haut.

Rappelons en passant la composition des différents laits :

Pour 1.000 grammes de lait.

	Lait de femme	*de vache*	*de chèvre*	*d'ânesse*
Caséine. .	15 gr.	33 gr.	40 gr.	16 gr.
Lactose. . .	63	55	43	60
Beurre. .	38	37	47	27
Sels. . .	2,5	6	6	5

Quelquefois, la trop grande richesse du lait en beurre, ou sa pauvreté finissent par être une contre-indication pour la mère d'allaiter, mais heureusement le fait est assez rare.

Dans la statistique de dix années prise à la Maternité de la Charité, sur environ 6.500 femmes qui ont allaité leur enfant, nous n'avons rencontré aucun cas d'intolérance pour le lait de femme.

Vices de conformation de la bouche. — Il peut exister chez le nouveau-né des vices de conformation de la bouche. Les malformations, existant du côté des lèvres, de la langue, de la voûte palatine et du nez, sont le plus souvent un obstacle absolu à l'allaitement au sein. Dans les cas de bec-de-lièvre, surtout de gueule-de-loup, les lèvres ne peuvent plus s'appliquer sur les seins autour du mamelon ; lorsqu'il y a perforation de la voûte palatine, la cavité buccale communique avec les fosses nasales, et reste en communication constante avec elle ; l'enfant ne peut plus alors faire le vide et il est incapable de téter.

Le Dr Planchon et M. André Rendu (1) rapportent l'observation d'un enfant prématuré, débile de 1.820 grammes, atteint d'une fissure palatine sans bec-de-lièvre chez qui l'allaitement directement au sein fut impossible à cause de cette malformation.

Dans les trois observations qui suivent, les enfants ont présenté des déformations congénitales de la bouche et ils ne purent prendre le sein de leur mère.

1. *Journal des Praticiens*, 1907-408.

Observation I (*inédite*).

(*Maternité de la Charité.*)

N° 575. T..., secondipare, âgée de 22 ans, employée, accouche le 28 août 1900, à la Charité. Enfant du sexe masculin pesant 3.250 grammes. Cet enfant est atteint d'un bec-de-lièvre unilatéral du côté gauche avec fissure de la voûte palatine.

Impossibilité absolue de faire prendre le sein à cet enfant ; on lui donne du lait maternel et du *lait stérilisé* au verre et à la cuiller.

Il quitte le service le douzième jour ayant augmenté de 100 grammes. La mère continue à lui donner du lait stérilisé.

Observation II (*inédite*).

(*Maternité de la Charité.*)

N° 209. N..., primipare, âgée de 20 ans, modiste, accouche le 17 avril 1903 d'un enfant du sexe masculin, pesant 2.250 grammes. Cet enfant est porteur d'un bec-de-lièvre avec double fissure complète (gueule-de-loup) avec une dent au bourgeon maxillaire supérieur. On donne à cet enfant du lait maternel et du lait stérilisé au verre.

Observation III (*inédite*).

(*Maternité de la Charité.*)

L..., primipare, âgée de 26 ans, domestique, accouche le 11 mai 1905, à l'aide d'une application de forceps en O. P. pour

bruits du cœur modifiés chez l'enfant, et liquide amniotique teinté de méconium.

L'enfant, du sexe féminin, pèse 3.790 grammes et, son état général est bon. Comme particularité, il présente un bec-de-lièvre unilatéral gauche, avec perforation complète de la voûte palatine à gauche et fissure incomplète à droite. Cette malformation n'entrave pas la déglutition. L'enfant boit très bien au verre, mais ne peut prendre le sein. De plus, les seins de la mère sont *ombiliqués*.

Dans le cas de fissures de la voûte palatine avec bec-de-lièvre, on peut dans certains milieux faire porter à l'enfant un appareil de prothèse qui lui permet tout au moins de prendre facilement le biberon.

Il est de la plus haute importance, pour que l'enfant tette bien, que l'orifice des fosses nasales soit dégagé, car l'enfant qui tette respire par le nez. Aussi la « mère doit prendre la précaution de mettre un doigt de chaque côté du mamelon, d'appuyer ou d'éloigner ainsi les tissus afin de permettre à l'enfant de respirer librement. » (Budin.)

Si l'enfant est atteint de coryza, comme cela arrive fréquemment chez le nourrisson spécifique, il ne peut plus respirer par ses fosses nasales. Le bébé est, à tout moment, forcé de quitter le sein pour respirer par la bouche. Les mouvements de succion sont souvent interrompus, ce qui cause une fatigue réelle à l'enfant.

Certaines affections de la bouche, telles que le muguet, les aphtes, la stomatite rendent également les mouvements de succion très pénibles.

La brièveté du frein de la langue n'est pas un obstacle à la suecion. Autrefois on coupait *le filet* à presque tous les nouveau-nés. A l'heure actuelle, cette opération se pratique rarement.

La paralysie faciale chez le nouveau-né rend l'allaitement au sein souvent impossible, soit que cette paralysie faciale soit due au passage de la tête dans un bassin rétréci, soit qu'elle résulte d'une application de forceps. Nous en rapportons une observation:

Observation (*inédite*).

(MATERNITÉ DE LA CHARITÉ)

Paralysie faciale totale par compression de la région parotidienne gauche due aux forceps.

D..., agée de 20 ans, domestique, primipare, entre à la salle d'accouchement le 20 septembre 1898 à 11 h. 50' du matin. Les premières douleurs sont apparues le 18 septembre à 1 heure du matin. Le 21 septembre à 2 h. 50' du soir, M. Ulmann fait un forceps à la partie supérieure de l'excavation, après 2 h. 45' de dilatation complète, pour inertie utérine et défaut de progression de la tête fœtale. Dégagement en O.P. Enfant de 2.630 gr., longueur 48 centimètres, du sexe féminin, mais en état de mort apparente. On parvient à le ranimer après une heure d'insufflation, flagellation, bains. C'est un enfant chétif, petit, maigre. Petites ecchymoses, produites par l'application du forceps sur la région fronto-pariétale droite. Petite écorchure sous la mastoïde gauche, écorchure d'ailleurs superficielle. Mais c'est

surtout une paralysie faciale totale gauche qui frappe. elle est caractérisée par : relâchement des traits du côté gauche de la face ; commissure labiale déviée vers la droite.

L'œil gauche est largement ouvert, reste ouvert pendant le sommeil même. L'écoulement de larmes est continu de ce côté. La conjonctive et les paupières de ce côté sont injectées.

Cette asymétrie faciale devient bien plus marquée quand l'enfant pleure.

Sa langue ne semble pas atteinte.

L'enfant n'arrive à prendre le sein et à téter que très difficilement. Le 24 septembre, l'enfant prend très mal le sein, on essaie alors de le nourrir à l'aide de la téterelle bi-aspiratrice de Budin, de plus on lui donne une fois du lait stérilisé contre une tétée au sein.

Le 2 octobre, l'enfant qui jusqu'au 28 septembre avait une assez bonne courbe de poids, car il augmentait depuis le 24 septembre, grâce à l'allaitement mixte, diminue depuis le 28 septembre. Sur le conseil de M. Maygrier, on donne à l'enfant du lait stérilisé coupé qui est bien digéré et sa courbe est déjà meilleure. État général bon.

Le 8 octobre, la paralysie faciale persiste. Épiphora. État général bon. L'enfant se trouve bien sous l'influence du lait stérilisé coupé d'un quart d'eau bouillie qui a été donné en gavage pendant trois jours et ensuite au biberon.

Le 24 octobre, paralysie faciale en grande partie guérie. L'œil gauche se ferme. L'asymétrie est apparente pendant que l'enfant pleure.

Nous devons dire que le coryza, le muguet, les aphtes, la stomatite et aussi la paralysie faciale ne sont que des impossibilités passagères à l'allaitement au sein.

Allaitement des jumeaux. — Si la mère est bien portante, il faut l'engager à nourrir ses deux enfants. L'allaitement au sein sera quelquefois difficile au début car chez un certain nombre d'accouchées la sécrétion lactée sera insuffisante, on aura alors recours à l'allaitement mixte. Par des pesées régulières, on se rendra compte de la quantité de lait stérilisé qu'il faudra donner à chaque enfant pour compléter les tétées. Nous avons trouvé à la Maternité de la Charité trois observations de mères nourrissant exclusivement au sein leurs deux jumeaux et la courbe de poids de chaque enfant était néanmoins excellente.

La durée de l'allaitement au sein est généralement abrégée. Dans huit autres cas d'accouchements gémellaires, l'allaitement au sein fut complété par du lait stérilisé.

CHAPITRE II

Causes tenant à la mère.

I. — Causes d'ordre pathologique

Amastie. — Tout d'abord nous devons signaler l'absence congénitale des seins. Or, nous savons que *l'amastie* pure avec absence complète de la glande et de son mamelon est une anomalie congénitale rare.

L'amastie est le plus souvent accompagnée d'autres malformations s'expliquant soit par des rapports de voisinage (thoraciques), soit par des rapports fonctionnels (génitales).

Hubert (1) dans sa thèse cite les cas le plus communément observés des malformations génitales en rapport avec l'amastie. Ce sont : l'absence de l'ovaire et de l'oviducte du côté correspondant, l'absence des deux ovaires, des deux trompes et même de l'utérus coexistant avec l'absence de deux glandes mammaires ; la cloison intra-utérine formant utérus duplex unicollis.

1. Hubert. *Étude sur l'amastie.* Thèse de Paris, 1907.

Il existe donc chez l'adulte un parallélisme entre le développement de la mamelle et celui des divers segments de l'appareil génital (ovaires, trompes, utérus).

Mais nous le répétons, ces cas d'amastie complète sont rares. Le plus souvent, nous voyons un développement plus ou moins complet des mamelles, et une sécrétion lactée peu abondante.

Polymastie. — Les observations de mamelles accessoires, surnuméraires, sont moins rares que les observations d'amastie. La polymastie est relativement fréquente chez les Japonaises.

On a signalé des cas où il existait quatre et même huit glandes mammaires. Les mamelles surnuméraires sont placées sous le sein droit ou gauche, dans le voisinage de l'aisselle et en d'autres points du thorax.

Cicatrices. Fistules mammaires. — A la suite d'abcès de la glande mammaire, ou après une opération sur le sein, soit par exemple, l'extirpation d'une tumeur, il peut se produire des modifications dans cet organe. Les canaux galactophores peuvent s'oblitérer.

D'autre part, dans le cas d'abcès du sein, si l'on n'intervient pas à temps, ces abcès peuvent se terminer par l'établissement d'une ou plusieurs fistules mammaires qui sont parfois très difficiles à guérir. On voit alors le lait s'échapper par les divers orifices, et l'enfant ne peut prendre le sein.

Les brûlures suivant leur degré laissent des cicatrices plus ou moins graves. Certaines brûlures peuvent détruire le sein en totalité.

Tumeurs. — Les adénomes, les fibro-adénomes, les

lipomes par leur volume peuvent comprimer les acini et favoriser l'atrophie de la glande.

Le sarcome, le cancer contre-indiquent l'allaitement au sein.

M. Lepage rapporte à la Société d'obstétrique un cas de tumeur du mamelon entravant l'allaitement.

Il s'agit d'une primipare, présentant une tumeur pédiculée du mamelon droit, qui est venue accoucher à la Clinique Baudelocque.

Cette tumeur, qui était indolente, très mobile, s'opposait à l'allaitement, en ce que l'enfant saisissait la tumeur au lieu du mamelon, qui était beaucoup moins saillant qu'elle. Aussi, on intervint en incisant la tumeur. Le résultat fut excellent au point de vue esthétique et, au point de vue fonctionnel, l'enfant ayant tété régulièrement le sein droit quinze jours après l'intervention.

Tuberculose mammaire. — La tuberculose frappe rarement la mamelle. Nous rapportons à ce sujet un article de Carrel (1) : « Il existe parfois des lésions de la peau, qui peuvent précéder l'envahissement de la glande ; dans le cas de Kramer, on vit se développer d'abord sur le mamelon plusieurs ulcères tuberculeux et ensuite dans la glande des abcès gros comme des cerises.

Lorsque cette affection survient pendant l'allaitement, il est probable que le lait est capable de contaminer l'enfant. Bien que le tubercule paraisse se développer primitivement dans le tissu conjonctif interlobaire, l'acinus est rapidement envahi.

1. Carrel. *Gazette des hôpitaux*, 14 janvier 1899.

D'autre part, dans une observation de Hebb, une femme atteinte d'hémoptysie et de mammite tuberculeuse a huit enfants, dont cinq meurent de tuberculose. »

Il est donc prudent d'interdire à la malade de donner le sein à l'enfant.

II. — **Malformations des seins.** — « Le mamelon est cette saillie qui se trouve au sommet de la mamelle et où vont aboutir les canaux galactophores. »

La forme du mamelon peut parfois rendre l'allaitement au sein très difficile, et de la forme de cet organe dépend bien souvent le succès de l'allaitement.

D'après Doat (1), le mamelon *piriforme* et le mamelon *cylindrique* sont d'une préhension très facile pour le nouveau-né. Or, plus le mamelon sera préhensible, plus l'écoulement du lait sera facile.

Au contraire, lorsque le mamelon est *hémisphérique* ou lorsqu'il est *conique*, l'enfant éprouve plus de difficultés à le saisir, alors l'enfant se fatigue et se rebute. Il en est de même dans le cas où il existe un *brièveté excessive* du mamelon, ou lorsque ce dernier est *ombiliqué*. — Quelquefois, en effet, le mamelon ne fait pas de saillie, mais il est rentré, et au sommet de la mamelle il existe une dépression. Le mamelon demeure enfoncé dans la profondeur, comme rivé sur la glande. « Ces difformités peuvent être dues à un véritable processus de rétraction agissant par les fibres musculaires et conjonctives des tubes galactophores et qui invaginent

1. Doat. Thèse de Paris, 1888.

ainsi le mamelon jusque sous la ligne d'émergence de l'aréole (1). »

L'enfant fait de nombreux efforts de succion, et le plus souvent, ces succions violentes, ces traumatismes répétés déterminent l'apparition d'excoriations et de gerçures de cet organe. Or, les mamelons les plus exposés aux gerçures sont les mamelons courts et peu extensibles, les mamelons non saillants, et surtout les mamelons rentrés ou ombiliqués.

Nous lisons dans la thèse de Mme Dluska (2) : Sur 302 femmes qui allaitent pour la première fois : 201 ont le mamelon bien conformé, 83 l'ont un peu court, 4 ont le mamelon plat et 14 l'ont ombiliqué.

Doat arrive à cette conclusion : « Que la forme défectueuse du mamelon est la principale source des difficultés de l'allaitement. D'abord parce qu'elle est une cause de douleurs et d'accidents graves pour la mère, ensuite parce qu'elle fatigue et rebute l'enfant. »

Mais nous pouvons le plus souvent corriger ces malformations et remédier à ces difficultés à l'aide de divers moyens, soit par l'emploi du bout de sein de Bailly, soit de la téterelle bi-aspiratrice de Budin — ce modèle de téterelle créé par Auvard et modifié par Budin rend de réels services. — Il peut même servir pour les enfants débiles, car le lait tombe dans la bouche de l'enfant qui n'a qu'à exécuter un mouvement de déglutition.

1. Bar. *Pratique de l'art des accouchements*, 1907.

2. Mme Dluska. Thèse de Paris, 1894. *Contribution à l'étude de l'allaitement maternel.*

III. — Affections des seins qui peuvent survenir au début ou au cours de l'allaitement au sein

Ulcérations, gerçures, crevasses. — Les malformations du mamelon rendent sa préhension plus difficile par la bouche de l'enfant. Pendant les mouvements de succion l'enfant mâchonne le mamelon, qui ne tarde pas à *s'excorier*.

C'est l'affection la plus *commune* et la plus *douloureuse* à laquelle soient exposées les femmes qui allaitent. « Dans les premiers temps de l'allaitement, l'on peut dire que les nourrices en sont atteintes à peu près une fois sur deux. » (Ouï.) Les douleurs produites par les gerçures et les crevasses des seins sont parfois tellement pénibles qu'il n'est pas rare d'entendre dire aux accouchées qu'elles leur préfèrent les douleurs de l'enfantement.

« C'est parfois un supplice intolérable et il est des femmes qui, avec la meilleure volonté du monde et le plus grand courage, souffrent tellement à chaque effort de succion que la tétée devient impossible. » (Demelin.) Ces douleurs permettent de faire le diagnostic lorsque les gerçures sont à peine visibles ; elles siègent le plus souvent à la base du mamelon.

Les gerçures guérissent rarement seules, lorsqu'elles sont abandonnées à elles-mêmes, à moins de suspendre l'allaitement ; mais si la cause qui les a produites persiste, elles continuent à s'accroître et deviennent le

point de départ de l'engorgement des seins, de *lymphangite*, de *galactophorite* et d'*abcès de la mamelle*.

Champion dans sa thèse donne une statistique de Rossi d'après laquelle 67,5 0/0 des primipares, 17,2 0/0 des secondipares et seulement 9 0/0 des multipares ont des gerçures du sein.

La primiparité constitue certainement une cause prédisposante. Chez la femme, qui a nourri un ou plusieurs enfants, la peau devient plus résistante.

Depuis l'antisepsie et l'asepsie, ces complications sont certainement beaucoup moins nombreuses. Le défaut de propreté a, en effet, une importance considérable. La mère doit donc prendre soin de ses seins. Le professeur Budin (1) conseille de laver le mamelon avec de l'eau bouillie tiède, puis avec une solution alcoolisée au tiers, composée par conséquent, en mettant une cuillerée d'alcool à 90° dans deux cuillerées d'eau bouillie, on y ajoute un peu de glycérine. L'alcool donne plus de fermeté, plus de consistance à l'épiderme, la glycérine le rend souple.

M. Demelin a proposé de commencer pendant le dernier mois de la grossesse à tanner l'épiderme du mamelon et de l'aréole avec des fomentations quotidiennes d'eau alcoolisée.

Comme traitement, M. Brindeau conseille de toucher les ulcérations avec de la teinture d'iode, après les avoir dégraissées avec un peu d'éther ; auparavant, pour rendre le traitement moins douloureux il est bon d'ap-

1. Budin. *Manuel pratique d'allaitement*, p. 65.

pliquer sur le mamelon un tampon imbibé d'une solution de cocaïne.

De toutes les complications, la plus importante et la plus grave est la production de *lymphangite* et surtout *d'abcès du sein*. Nous allons maintenant les étudier.

Lymphangite. — A la suite d'ulcérations ou de crevasses du mamelon, on voit parfois survenir de la lymphangite du sein. Cette affection débute brusquement du troisième au dixième jour après l'accouchement par un frisson assez intense. La température atteint peu après 39° et même 40°. On remarque sur le sein malade des traînées lymphangitiques, de la rougeur, et dans l'aisselle se fait une réaction ganglionnaire.

La lymphangite disparaît le plus souvent en vingt-quatre ou quarante-huit heures. Il est préférable d'interrompre l'allaitement du côté malade, pour ne reprendre seulement qu'après guérison. La lymphangite peut récidiver par poussées successives, et peut être superficielle ou profonde.

Le traitement consiste à mettre sur le sein malade des compresses humides en permanence, et à les renouveler fréquemment. On pourra également faire des pulvérisations d'eau boriquée chaude.

Galactophorite. — La galactophorite est caractérisée par la présence de pus dans les canaux galactophores. Elle est surtout fréquente chez les femmes qui ont une sécrétion lactée peu abondante, parce que les enfants obligés de téter longtemps, déterminent des ulcérations et des crevasses qui sont des portes d'entrée pour l'infection.

Elle succède quelquefois à la lymphangite. En général elle apparaît du huitième au dixième jour après l'accouchement. D'après Winckel elle se rencontre chez 6 0/0 des femmes qui allaitent, d'après Deiss, chez 3 0/0 seulement (1).

Le début de la galactophorite est tout à fait insidieux. Quelquefois elle évolue sans température, mais cette absence de fièvre coïncide avec une galactophorite très légère.

Dans la grande majorité des cas le début est fébrile. La fièvre en deux ou trois jours atteint son apogée, 38°, 38°,5, 39° et la douleur au niveau du sein est habituellement modérée.

Le signe *pathognomonique* est l'issue du pus par le mamelon. Si on recueille le pus sur du coton hydrophile, le pus reste à la surface, tandis que le lait pénètre rapidement dans le coton.

Damourette dans sa thèse (2) a montré que la galactophorite peut déterminer chez les nourrissons des accidents multiples. Dans ce cas, le lait est mélangé de pus; aussi, il sera prudent de suspendre l'allaitement du sein malade sous peine de voir apparaître chez l'enfant des troubles tels que: stomatite diphtéroïde à staphylocoques, abcès rétro-pharyngiens, dyspepsie gastro-intestinale, abcès sous-cutanés, broncho-pneumonie, otite, parotidite, conjonctivite.

1. Neufeld. *Thèse de Paris*, 1907.
2. Damourette. *Thèse de Paris*, 1893.

Budin a préconisé comme traitement de la galactophorite *l'expression mammaire ;* mais ce traitement est souvent très douloureux, et demande une certaine expérience pour ne pas traumatiser le sein enflammé.

Nous savons (1) que M. Bonnaire propose d'immobiliser complètement le sein malade dans un pansement glacé, soit le sac de glace habituel, soit un cataplasme composé de farine de lin et de petits fragments de glace, et qui a l'avantage de se conserver plus longtemps froid.

La mère doit cesser de nourrir avec *le sein malade* tant que le lait renferme des globules de pus. Il faudra attendre au moins deux ou trois jours après la guérison complète, avant de permettre à l'enfant de reprendre le sein contaminé.

Pendant ce temps on donne seulement à l'enfant le sein qui n'est pas malade. Nous avons trouvé à la Charité de nombreuses observations de mères qui, atteintes de lymphangite ou de galactophorite d'un sein, nourrissaient exclusivement avec l'autre sein.

Si les deux seins sont malades, il faut donner à l'enfant une autre nourrice, ou le mettre *momentanément* au lait stérilisé.

MM. Jeannin et Barlerin (2), dans un travail ayant trait à la fréquence des infections mammaires chez les femmes qui allaitent et au retentissement de ces infections sur l'allaitement maternel, donnent une statisti-

1. Bar. *Pratique de l'art des accouchements.* Paris, 1907.
2. Jeannin et Barlerin, *Obstétrique,* juillet 1905.

que de la Clinique Tarnier pour les années 1901, 1902, 1903, 1904. Ils exposent la fréquence des diverses infections mammaires, par rapport au nombre des femmes ayant donné le sein, pendant leur séjour à l'hôpital.

Ils trouvent une proportion globale de :

8 0/0 pour la lymphangite ;

4,2 0/0 pour la galactophorite ;

2,2 0/0 pour la lymphangite et la galactophorite ;

0,627 0/0 pour les abcès du sein.

Ce pourcentage ne s'applique qu'aux femmes ayant allaité.

Abcès du sein. — Si la galactophorite franchit la limite des acini, il se forme alors un abcès au niveau du lobe envahi.

Cette affection devient la plus sérieuse des phlegmasies de la mamelle. Ces abcès peuvent détruire complètement la mamelle, et il n'est pas rare de voir un sein autrefois abcédé se trouver, lors d'un nouvel accouchement, impropre à la lactation.

L'abcès du sein, quand le pus est collecté, est traité par une large incision ; abandonné à lui-même, il s'ouvrira, mais la suppuration persistera longtemps, et déterminera fréquemment l'apparition de fistules très difficiles à guérir.

IV. — **Agalactie. Hypogalactie.** — La sécrétion lactée peut tarder de plusieurs jours à apparaître. Quelquefois, il ne s'établit aucune montée laiteuse, c'est *l'agalactie* totale ; d'autres fois, la sécrétion mammaire se trouve tout à fait insuffisante, c'est l'*hypogalactie*.

L'agalactie complète est d'ailleurs très rare. L'aga-

lactie primitive, fait observer M. Demelin, existe surtout chez les primipares âgées, chez les multipares qui ont eu des abcès du sein multiples et étendus ; chez les malades gravement atteintes du cœur, des reins ; dans les maladies aiguës, fébriles, les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde ; souvent elle est passagère ; d'autres fois elle est définitive, comme dans le rhumatisme articulaire aigu intense. Voyons ce que dit Mme Dluska (1) dans une étude faite dans le service du professeur Pinard. Elle a étudié cinq cents femmes au point de vue de l'aptitude à allaiter :

1° Les femmes, à peu d'exceptions près, peuvent allaiter, peuvent être toutes de bonnes nourrices ;

2° Plus des 4/5 des femmes le sont dès le début de l'allaitement ;

3° Presque toutes les femmes le deviennent après un temps plus ou moins long.

M. Maygrier dans la statistique de la consultation des nourrissons de la Charité trouve que dans la catégorie des femmes qui ont dû s'abstenir complètement de donner le sein, l'agalactie vraie entre seulement dans la proportion de 0,57 0/0. Nous trouvons à la Charité un cas *d'agalactie* totale, et de plus l'enfant ne supportait pas le lait stérilisé, on lui donnait le lait d'une autre femme et du lait d'ânesse.

L'hypogalactie est plus fréquente. — Cette hypogalactie peut être *primaire* ou *secondaire*.

1° Il peut y avoir insuffisance de la sécrétion mam-

1. Mme Dluska, *Thèse de Paris* 1894.

maire pendant les premiers jours qui suivent l'accouchement.

2° La montée laiteuse peut se faire attendre jusqu'au sixième jour, même plus tard, et être pendant quelque temps insuffisante ; telle est l'hypogalactie *primaire*. M. Budin conseille de compléter les tétées par le lait stérilisé. D'autres accoucheurs, M. Lepage entre autres, croient reconnaître à ce procédé un grand inconvénient : la sécrétion étant un acte réflexe dont le point de départ est la succion du mamelon, si le nourrisson a déjà l'appétit satisfait, il tette avec peu d'énergie.

Mais nous avons dans notre statistique des cas d'hypogalatie où il fallut suppléer à l'insuffisance de la sécrétion lactée chez la mère, par l'emploi de lait stérilisé ou de lait de femme. Dans les deux cas suivants l'on fut forcé de cesser totalement l'allaitement au sein.

Observation I (*inédite*).

(*Maternité de la Charité.*)

M.., n° 44, âgée de 19 ans, primipare, accouche le 23 janvier 1903, d'un enfant de 2.980 grammes, sexe féminin. La montée laiteuse ne se fait pour ainsi dire pas. Le 30, l'enfant ne prend au sein que 15 à 20 grammes de lait maternel dans les vingt-quatre heures bien que mis au sein à chaque tétée. Les jours suivants, la sécrétion lactée ne s'établit pas davantage. On donne du lait stérilisé à l'enfant. Le 13 février, la mère quitte l'hôpital et va à Fontenay. Elle doit mettre son enfant en nourrice au sein.

Observation II (*inédite*).

(*Maternité de la Charité.*)

L..., n° 35, troisième grossesse, âgée de 32 ans, domestique, a marché à 1 an. Réglée à 15 ans. N'a pas eu de maladie antérieurement. Elle accouche le 23 janvier 1903. Enfant du sexe féminin ; poids 2.500 grammes. Montée laiteuse presque insignifiante. L'enfant est mis au sein très régulièrement. Il ne prend pas plus de 90 grammes au sein dans les vingt-quatre heures.

Donc hypogalactie, de plus hypogalactie habituelle, car les deux premiers enfants ont été également nourris au biberon.

D'autres fois, l'hypogalactie est *secondaire*. Elle peut relever de causes pathologiques : surmenage et maladies de la mère, réapparition des règles, etc... Enfin, on aura recours encore à ce mode d'allaitement artificiel, dans le cas de jumeaux, toutes les fois que la nourrice ne pourra suffire à leur alimentation. L'hypogalactie secondaire est fréquente à Paris à partir du sixième au septième mois (Budin, Barlerin).

Etablissement tardif de la lactation. — La montée laiteuse se produit en moyenne vers le troisième ou le quatrième jour après l'accouchement.

« Vers la fin de la grossesse et dans les premiers jours qui suivent la naissance, les seins contiennent un liquide jaunâtre : le colostrum, composé de corpuscules spéciaux, de nombreux globules graisseux. La sécrétion du colostrum s'accentue pendant les deux ou trois jours

qui suivent la naissance. De digestion très facile, ce liquide convient tout particulièrement à l'estomac du nouveau-né qui s'en nourrit avant que le sein ne lui fournisse du lait. » (Jeannin).

D'après Mme Dluska, la montée laiteuse se produit :

Cinquante-six heures après l'accouchement, soit le troisième jour chez les femmes qui ont beaucoup allaité ;

Cinquante-neuf heures après l'accouchement, soit encore le troisième jour chez les femmes qui ont même peu allaité.

Donc en moyenne le troisième jour chez les multipares. Mais la montée laiteuse ne s'est produite en moyenne que soixante-quatorze heures après l'accouchement, c'est-à-dire le quatrième jour chez les femmes primipares.

Chez 326 primipares, il y a eu montée laiteuse :

9	fois de	24 à 48	heures	après l'accouchement.
115	—	48 à 72	—	—
159	—	72 à 96	—	—
42	—	96 à 120	—	—
1	—	120 à 144	—	—

Il faut mettre l'enfant régulièrement au sein toutes les deux heures et demie, douze heures environ après la naissance, car nous savons que c'est par les succions répétées que la sécrétion lactée s'établit et augmente rapidement.

V. — Maladies de la mère

Nous allons étudier maintenant les maladies des différents appareils, les maladies aiguës, les maladies chroniques et les intoxications, qui dans certains cas peuvent contre-indiquer l'allaitement maternel.

Maladies du cœur. — L'aphorisme de Peter est presque proverbial : « Fille pas de mariage, femme pas de grossesse, mère pas d'allaitement. » Cette formule était autrefois admise par presque tous les auteurs et même, si une grossesse chez une cardiaque arrivait à terme sans aucune complication, sans menace d'asystolie, il était classique de ne pas permettre l'allaitement au sein à cette accouchée.

Aujourd'hui cette formule n'est plus suivie avec autant de rigueur par la grande majorité des accoucheurs. Tarnier et Budin pensent que si l'affection du cœur est bien compensée, la femme peut allaiter.

Cependant Marfan (1) dans son *Traité d'allaitement* écrit : « Une maladie organique du cœur, *si compensée qu'elle soit, contre-indique l'allaitement.* La formule de Peter reste vraie pour la très grande généralité des cas d'affection du cœur. »

C'est aussi l'avis du professeur Landouzy (2) : « Avec un rétrécissement mitral, on n'a pas le droit d'être mère. »

1. Marfan *Traité de l'Allaitement*, 1899.

2. Landouzy. Du rétrécissement mitral. *Gazette des Hôpitaux*, 1884, p. 18.

Le Dr Le Roux (1) dans une thèse récente a précisé les contre-indications de l'allaitement au sein dans les cardiopathies ; nous reproduisons ici les conclusions de son travail.

« Les maladies du cœur n'interviendront plus qu'accidentellement comme causes de suppression de l'allaitement. »

« Il ne faut donc pas dans tous les cas appliquer cette partie de la formule de Peter : « mère, pas d'allaitement ». Tout dépend de l'état général de la femme et de la manière dont le cœur s'est comporté depuis le commencement de la grossesse jusqu'à la délivrance. »

« Si le médecin a jugé à propos d'autoriser l'allaitement, il devra surveiller avec soin la malade, et à la première alerte recourir à l'allaitement mixte. Si la lésion cardiaque n'est pas bien compensée, l'allaitement doit être déconseillé comme étant une cause de fatigue et de surmenage. »

En faisant nos recherches à la Charité, nous retrouvons l'observation suivante publiée dans la thèse de Le Roux :

Observation

(*Maternité de la Charité.*)

Man..., couturière, âgée de 27 ans, est entrée dans le service, le 23 juillet 1902, à 9 heures du matin. C'est une primipare.

1. Le Roux. Cardiopathies et allaitement. *Thèse de Paris*, 1907.

Dernières règles du 20 octobre au 2 novembre 1901. Elle présente de l'œdème des membres inférieurs, œdème qui a existé pendant toute la durée de la grossesse.

A l'auscultation, on constate un rétrécissement mitral.

Les premières douleurs apparaissent le 27 août à 6 heures du matin. Rupture des membranes à 3 heures de l'après-midi. A 4 h. 25, la dilatation est complète. Une application de forceps (G. A.) est faite au détroit inférieur, pour souffrance de l'enfant.

Le périnée présente une petite déchirure.

Délivrance naturelle.

Poids du placenta : 510 grammes.

Poids de l'enfant : 3.270 grammes. C'est une fille qui naît en état de syncope ; elle est ranimée rapidement.

A sa sortie du service, elle pesait 3.450 grammes, nourrie exclusivement avec le lait de sa mère.

La mère est venue régulièrement à la consultation des nourrissons de la Charité. Elle a donné le sein régulièrement pendant *cinq mois,* puis on a institué l'allaitement mixte pendant cinq mois et demi ; on constate pendant cette dernière période quelques oscillations dans la courbe de l'enfant qui, au bout de dix mois et trois semaines, pesait 9.630 grammes.

Tuberculose pulmonaire. — « Toute sécrétion susceptible de faire perdre à l'organisme jusqu'à 1.500 et 2.000 grammes de liquide par jour, jointe aux fatigues de toute espèce, un refroidissement difficile à éviter au moment de la tétée, à l'interruption du sommeil ; tout cela peut nuire à une santé délicate et déjà compromise, sans compter que le voisinage seul de la mère est parfois un danger pour l'enfant, et que, d'autre part,

interviennent les modifications subies par le liquide nourricier dans sa quantité comme dans sa qualité. » (Demelin) (1).

L'allaitement au sein est aussi défavorable que la grossesse et l'accouchement pour la femme tuberculeuse.

Le Dr Proust (2) donne un tableau des femmes atteintes de tuberculose pulmonaire et qui ont accouché à la Maternité de la Charité pendant les années 1898, 1899, 1900, 1901, 1902.

Ces femmes sont au nombre de 52 ; parmi elles, nous en voyons 16 mourir à bref délai après leur accouchement, soit une mortalité de 32 0/0, et trois sont sorties avec un état général mauvais.

Vingt et une femmes tuberculeuses ont eu aussitôt après l'accouchement une élévation subite de la température au-dessus de 38° et parmi elles onze sont mortes.

Voici une femme âgée de 26 ans dont les trois premières grossesses ont été normales, qui n'a aucune prédisposition héréditaire ou personnelle à la tuberculose, et dont la maladie manifeste sa présence un mois après ses dernières règles par des quintes de toux. En huit mois, elle franchit tous les degrés de la bacillose et meurt un mois après son accouchement.

Autre exemple : C'est vers le quatrième mois d'une deuxième grossesse, à l'occasion d'un refroidissement

1. Demelin. *Revue d'obstétrique internationale de Toulouse*, 1893.

2. Proust G. *Influence qu'exercent la grossesse, l'accouchement et l'état puerpéral sur la tuberculose pulmonaire. Thèse de Paris*, 1903.

que M..., secondipare, âgée de 22 ans, qui n'a jamais eu de maladie grave, dont les frères et sœurs se portent bien, tousse, maigrit, a de la fièvre le soir, perd l'appétit. Un mois après, elle est cachectique, elle entre à l'hôpital, mais son état s'aggrave de plus en plus. Elle meurt enfin le septième jour après son accouchement. Accouchée prématurément au septième mois d'un enfant pesant 1.680 grammes, mort dans les vingt-quatre heures.

Très souvent après l'accouchement, la tuberculose pulmonaire évolue avec une très grande rapidité. Au moment de la délivrance, il se produit une congestion violente du côté des poumons, qui provoque de la toux et de la dyspnée.

Aussi faut-il être prudent et ne pas se hâter de porter sur une grossesse bien conduite, suivie d'un accouchement facile, un pronostic favorable ; c'est en effet plus tard que les accidents pulmonaires graves peuvent apparaître chez les femmes tuberculeuses.

Voyons maintenant ce qu'est l'allaitement pour la mère tuberculeuse. Ortéga (1) dit que « l'allaitement est une cause de débilitation de l'organisme et par conséquent de tuberculisation chez les femmes prédisposées. »

Tous les accoucheurs sont d'accord pour ne pas permettre l'allaitement à la femme tuberculeuse à la période des cavernes. Ce serait à la fois dangereux pour l'enfant et pour la mère.

Permettra-t-on l'allaitement au sein à une femme

1. Ortéga. *Thèse de Paris*, 1876.

dont la tuberculose est fermée ? Dans sa thèse « sur l'allaitement pendant les suites de couches pathologiques », Trégouet (1) cite plusieurs observations recueillies dans le service de M. le professeur agrégé Maygrier, où l'allaitement n'a pas nui à l'état général de la mère. Dans les cas très légers, Budin laissait la femme nourrir, en exerçant sur elle une étroite surveillance. Il exigeait alors la pesée régulière de la mère et de l'enfant.

La plupart du temps les tuberculeuses au début pourraient faire des nourrices suffisantes ; mais ce qui est à craindre, c'est que l'allaitement ne donne un coup de fouet à la tuberculose. Trégouet en cite un exemple.

Proust rapporte l'observation d'une femme qui suivait la consultation de nourrissons de la Charité. Cette femme avait dû renoncer à l'allaitement au sein, tant son état s'était aggravé. Accouchée le 8 février 1902, elle ne présentait alors aucun signe de bacillose. Mais la maladie évoluant très rapidement pendant qu'elle nourrissait, au mois d'octobre de la même année, elle était à la dernière période de la phtisie.

D'autre part, M. le professeur Bar, dans ses *Leçons de pathologie obstétricale*, nous donne d'intéressantes notions sur la quantité de chaux nécessaire au fœtus et sur la décalcification chez la femme enceinte.

« Les besoins en chaux du fœtus sont très grands. « Le fœtus à terme ne contient pas moins de 1 gr. 40 de « chaux pour 100 de son poids. Ces besoins en chaux

1. Trégouet. *Thèse de Paris*, 1902.

« du fœtus, très faibles pendant les quatre premiers « mois de la vie intra-utérine, deviennent énormes « pendant les deux derniers mois. Le fœtus acquiert, « pendant les deux derniers mois de la vie intra-utérine, « plus des 8 dixièmes de la chaux qu'il contient à terme. « La présence du fœtus accroîtrait de moitié environ le « besoin de chaux de la mère.

« Il est logique de présumer qu'il doit y avoir chez la « femme enceinte une mobilisation très active des élé- « ments calciques. La désassimilation sera d'autant plus « marquée que, le plus souvent, malgré son abondance « apparente, le régime des femmes de nos grandes vil- « les est très pauvre en chaux.

« La pauvreté de la ration en chaux est un des fac- « teurs de la prédominance de la décalcification. Cette « désassimilation calcaire se fait aux dépens de la ma- « tière calcaire (carbonate de chaux et de phosphate « tricalcique) accumulés dans les os (1). »

Or, nous savons que la tuberculose, d'après certains auteurs, a également une action décalcifiante sur tout l'organisme. En effet, ne soigne-t-on pas les tuberculeux avec les sels de chaux. Les sels de chaux, dit M. Rénon (2), surtout les sels insolubles comme ceux employés dans la médication de M. Ferrier, paraissent efficaces sur la tuberculose. La perte de l'organisme en sels de chaux est pour M. Ferrier une des grandes causes prédisposantes de la tuberculose, qui guérit spontanément par

1. Bar. *Leçons de pathologie obstétricale*, 14e leçon, p. 445.
2. Rénon. *Traité pratique de la tuberculose pulmonaire*, 1908.

la calcification des tubercules. Or, la décalcification qui existe pendant la grossesse se continue pendant la période de la lactation. Il ne faut donc pas entretenir par l'allaitement au sein cette décalcification si dangereuse pour les tuberculeux.

« Malheureusement, dit M. le professeur Bar, chez la « femme enceinte nous ignorons tout du processus in- « time de la décalcification et nous ignorons les facteurs « qui entrent immédiatement en jeu pour lui faire dé- « passer la limite normale.

« Dans l'état actuel de nos connaissances, une seule « indication paraît logique : accroître la richesse de « l'alimentation en chaux. »

Aussi, pour ne pas augmenter encore la décalcification, il ne faudra pas permettre à la mère, atteinte de tuberculose même au début, d'allaiter elle-même son enfant. Nous croyons que la tuberculose est une contre-indication formelle à l'allaitement maternel. La lactation semble favoriser l'apparition de la tuberculose chez les sujets prédisposés, et accélère la marche chez les sujets légèrement atteints.

Maladies du sang. — La lactation exerce en général une influence heureuse sur la chlorose. Elle stimule toutes les fonctions de l'organisme, et nous voyons fréquemment les femmes qui allaitent augmenter de poids. Dans l'anémie pernicieuse et la leucémie l'allaitement au sein est contre-indiqué.

Maladies du tube digestif. — L'ulcère de l'estomac, par les hémorragies répétées qu'il provoque parfois, peut devenir une contre-indication à l'allaitement ma-

terne. « Les nourrices atteintes de coliques hépatiques peuvent être envoyées à Vichy avec leur nourrisson et continuer à allaiter. » (Demelin.) Cependant les coliques hépatiques peuvent persister, et le sevrage seul les fait cesser.

Maladies du Rein. — Une femme qui a de l'albuminurie de la grossesse, et chez qui après l'accouchement l'examen des urines décèle encore la présence d'albumine doit-elle allaiter son enfant ? Pour Dumas et Cassin, les femmes, qui demeuraient albuminuriques au delà du troisième jour après l'accouchement, ne devaient pas nourrir leur enfant (1).

Après avoir réuni à la Clinique Baudelocque 150 observations de femmes albuminuriques, le Dr Gamulin donnait des conclusions moins rigoureuses : « Nous nous croyons autorisé à conclure, disait-il, que les enfants d'albuminuriques, nourris par leurs mères, se développent et augmentent de poids dans les mêmes proportions que les autres enfants ;

« Que, d'autre part, les femmes albuminuriques qui allaitent leurs enfants, même en étant au régime lacté absolu, retirent le bénéfice que procure à toute femme cet acte physiologique et n'éprouvent pas de retentissement fâcheux, ni du côté de l'albuminurie, ni du côté de leur état général. »

Sauf dans les cas où l'albuminurie est entretenue par la lactation, toute femme albuminurique doit allaiter son enfant. C'est la règle suivie à la Maternité de la

1. Budin. *Manuel pratique d'allaitement*, p. 61.

Charité, où nous voyons toutes les albuminuriques donner le sein. L'albumine disparaît en général au bout de quelques jours.

Dans les cas de néphrites graves l'allaitement est évidemment contre-indiqué.

Maladies du système nerveux. — Certaines affections nerveuses sont pour l'enfant une cause presque constante de dangers. L'épileptique dans une de ses crises pourra laisser tomber son enfant ; la choréique le blesser en faisant des mouvements incoordonnés ; des folles ont étranglé leur nourrisson.

La lactation favorise parfois le retour des crises nerveuses, d'autres fois elle en diminue la fréquence.

Dans certains cas graves *de folie puerpérale,* de psychose puerpérale, on est parfois forcé de supprimer l'allaitement au sein. En effet, à cause de la fréquence des infanticides l'enfant doit être éloigné de sa mère.

M. le professeur Bar (1) dans une leçon faite à la Clinique Tarnier nous rapporte une observation de folie survenue chez une nourrice :

Une femme, agée de 35 ans, qui physiquement paraît encore vigoureuse, entre le 16 mars à la clinique Tarnier. Son regard n'est pas inintelligent, sa physionomie ne présente aucun stigmate de dégénérescence, mais elle est plongée dans un état de profonde stupeur. Le mari de cette malade nous a appris que jusqu'aux quelques jours qui ont précédé son entrée à la Clinique, elle avait toujours été bien portante, d'un caractère gai, rien ne

1. Bar. La folie des nourrices. *Journal des Praticiens*, p. 673. octobre 1908.

faisait prévoir chez elle la possibilité de troubles mentaux. Une première grossesse, survenue il y a cinq ans, s'est déroulée et terminée normalement. Elle a nourri son enfant et n'a présenté, pendant la lactation, aucun trouble psychique.

Elle est devenue enceinte une seconde fois ; la grossesse, l'accouchement et les suites de couches ont été encore normaux. Comme la première fois elle a nourri son enfant, et jusqu'à la fin de février aucun désordre nerveux n'est venu troubler son état général tout à fait satisfaisant.

A cette époque, elle apprend que sa mère est atteinte d'un cancer utérin et que ses jours sont comptés. Dès lors, elle devient triste, dort mal ; inquiète, elle commence à se faire des reproches à elle-même, puis, bientôt, en adresse aux personnes de son entourage. Elle s'accuse à son mari de le tromper, de donner du mauvais lait à son enfant. Malgré ces troubles psychiques, elle continue son métier de concierge jusqu'à l'entrée dans le service.

A ce moment, l'état physique est tout à fait bon. Son enfant était, lui aussi, en excellent état. Quand on l'interrogeait : où avez-vous mal ? une réponse, toujours la même, suivait immédiatement : « le remords. » — « Pourquoi le remords ? » — « Ah ! je suis indigne, j'ai trompé mon mari. » Puis le silence ; il était impossible d'obtenir d'autre réponse. La température était normale.

L'état de cette femme, malgré l'isolement où nous l'avons maintenue, s'est aggravé.

Refusant toute nourriture, elle est tombée petit à petit dans un état de profonde stupeur ; au lieu de répondre aux questions qu'on lui pose, elle se confine maintenant dans un mutisme absolu ; en même temps sont survenus des troubles de la con-

tractilité volontaire avec aptitude des membres et du tronc à conserver les attitudes qu'on leur a données. Elle a, d'autre part, maigri considérablement et elle présente à l'heure actuelle de l'incontinence de l'urine et des matières fécales.

Comme troubles psychiques elle a eu d'abord de petites périodes d'agitation, puis des ébauches d'hallucination, enfin un véritable délire hallucinatoire, elle se voyait au milieu des anges, ou bien prétendait qu'on lui avait volé son nez et qu'on le lui avait remplacé par un nez en carton. Les hallucinations se succédaient sans ordre ; jamais elle n'a présenté de délire systématisé.

Dans de semblables cas, il faut évidemment pratiquer le sevrage, car la mère ne peut garder son nourrisson près d'elle.

MALADIES AIGUËS. — Une femme atteinte de maladie aiguë, fébrile, peut-elle allaiter son enfant ? Nous savons que toutes les maladies aiguës diminuent ou tarissent la sécrétion lactée. Étudions donc les diverses affections, qui peuvent survenir après l'accouchement, dans leurs rapports avec *l'allaitement.*

Infection puerpérale. — Notre règle de conduite dans l'alimentation du nouveau-né variera suivant le degré de gravité de l'affection. Dans les formes légères d'infection puerpérale, avec peu d'élévation de la température, l'hésitation n'est pas permise, il faut continuer l'allaitement au sein. Dans d'autres formes plus graves de cette maladie, surtout dans la forme septicémique, l'enfant pourrait être infecté par les micro-organismes qu'on trouve dans le lait de la mère et par les toxines

sécrétées en abondance dans l'économie. L'allaitement au sein doit alors être supprimé momentanément.

Nous devons aussi nous guider sur la persistance de la sécrétion lactée ! Lorsque celle-ci se tarit, c'est l'indice d'une affection grave. L'état général de la mère est aussi une indication importante à envisager, car il ne faut jamais compromettre son existence. De plus, l'enfant qui tette une mère atteinte d'infection puerpérale, présente parfois des troubles digestifs tels que : diarrhée verte, coliques, vomissements.

M. Doléris a vu des streptocoques dans le lait d'une femme atteinte de fièvre puerpérale. M. Brindeau a trouvé dans le pus de tourniole, chez un nourrisson, des staphylocoques dorés ainsi que dans le lait de la mère qui avait de la fièvre et des lochies fétides : il y avait eu infection sanguine au niveau de l'utérus, passage des staphylocoques et infection de l'enfant par le lait (Mesnil) (1).

Le 10 mai 1894, à la *Société obstétricale de Paris* M. Brindeau rapporte le cas suivant :

Une accouchée a de l'infection puerpérale, rien aux seins. L'enfant a de la diarrhée, diminue de poids. Le quatrième jour, il était mourant. Le lendemain, il va mieux et on constate un grand nombre de tournioles renfermant du pus. Le lait de la mère et ce pus renferment des staphylocoques dorés. M. Brindeau d'accord avec M. Budin conclut à une infection générale de l'enfant par le lait.

1. Mesnil. *Thèse de Paris*, 1903.

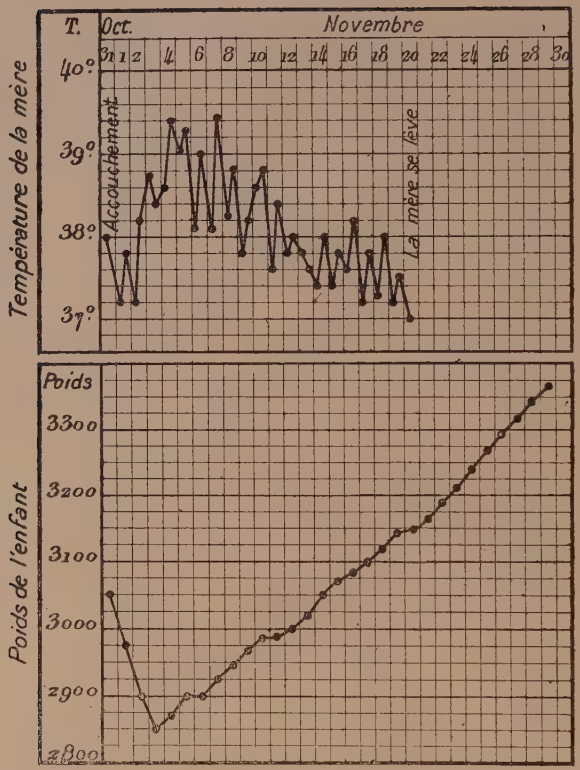
T.
Oct.
Novembre
31 1 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 26 28 30
40°
39°
38°
37°
Accouchement
La mère se lève
Température de la mère
Poids
3300
3200
3100
3000
2900
2800
Poids de l'enfant

PLANCHE I

Cependant lorsque surviennent, dit M. Budin (1) des suites de couches pathologiques, avec élévation notable de la température, la plupart du temps, nous ne cessons point de faire mettre l'enfant au sein ; nous procédons même au curage digital et à l'écouvillonnage de l'utérus, avec anesthésie chloroformique, sans que l'allaitement en soit le moins du monde troublé.

Nous rapportons, dans la planche 1, la courbe de poids d'un enfant, nourri en partie par le lait de sa mère, atteinte d'infection puerpérale, et la courbe de température de la mère, pendant la durée de sa maladie. La santé du nourrisson n'a nullement été influencée par cette infection.

Observation (*Inédite*).

(*Maternité de la Charité.*)

P..., primipare, est âgée de 27 ans.

La dilatation du col de l'utérus se fait très lentement.

On pose l'écarteur Tarnier pour hâter la dilatation.

On donne du chloroforme à la parturiente. Application du forceps pour bruits du cœur fœtal sourds et inégaux.

Délivrance artificielle, puis grand lavage intra-utérin.

Déchirure superficielle du périnée.

Déchirure du col de l'utérus (10 centimètres environ) siégeant à gauche et empiétant sur le segment inférieur.

A droite, déchirure beaucoup moindre n'intéressant que le col.

1. Budin. *Manuel pratique d'allaitement*, p. 58.

Sutures au catgut (par points séparés) des deux déchirures.

Crins sur le périnée.

Les jours suivants, la malade fait de la température et, le cinquième jour, la température atteint 39°5. Elle nourrit son enfant au sein, mais pas exclusivement. On complète les tétées insuffisantes en donnant au nourrisson 100 grammes de lait stérilisé par vingt-quatre heures. Seize jours après l'accouchement l'enfant ne prend plus que le sein.

Dans d'autres cas d'infections plus légères, nous avons trouvé à la Charité des observations de femmes qui ont pu nourrir leur enfant exclusivement au sein.

Pneumonie. — La pneumonie, survenant pendant les suites de couches, est le plus souvent très grave. Dans tous les cas, dit Aymard (1), où l'on introduit des cultures violentes de pneumocoques dans le sang d'un animal, ces germes, après un laps de temps variable, passent dans son lait, et cela sans lésions au moins apparentes des mamelles. Les petits nourris avec ce lait peuvent, soit contracter des lésions locales, ou une infection générale mortelle, soit rester indemnes de toute affection.

Nous rapportons une observation du professeur Pinard :

Une femme bien portante accouche le 30 mars, à 4 heures du matin. Jusqu'au 2 avril, mère et enfant se portent bien. Le 2, se déclare chez la mère une pneumonie lobaire franche, à laquelle elle succombe le 5 avril. L'enfant avait été séparé de sa

1. Aymard. Thèse de Paris, 1891.

mère le 3 avril au soir, trente-six heures après le frisson initial.

Le 4 avril au soir, il eut de la fièvre, un peu de diarrhée ; le 6, il a des vomissements, de la diarrhée verte ; le ventre es ballonné. Le 9, il meurt dans le coma après avoir présenté des soubresauts convulsifs et des contractures.

A l'autopsie faite par Netter : péritonite fibrino-purulente et méningite cérébro-spinale à pneumocoques.

M. Pinard pense plutôt à une infection par la voie intestinale et la possibilité de l'introduction du germe dans l'organisme de l'enfant par le lait maternel.

Le pneumocoque de Talamon a été trouvé dans le lait d'une nourrice atteinte de pneumonie.

Lorsque cette affection reste localisée, les micro-organismes peuvent ne pas passer dans le lait de la mère. C'est probablement pour cette raison qu'il existe des cas de pneumonie où l'on a pu continuer l'allaitement au sein sans observer de troubles chez l'enfant. Si des signes de généralisation apparaissent chez la mère, des troubles graves ne tardent pas à apparaître chez l'enfant.

Pour éviter des accidents qui pourraient être mortels pour l'enfant, il est préférable, en présence d'une pneumonie, de cesser l'allaitement au sein. Il nous est, en effet, impossible de dire si une pneumonie restera toujours localisée.

Grippe.— Lorsque la grippe revêt une forme légère, on peut continuer l'allaitement au sein. Dans ces cas, l'état général n'est pas mauvais, et la sécrétion lactée n'est pas sensiblement modifiée. Certaines formes de

grippe peuvent pendant les suites de couches être d'une extrême gravité. Telle la forme broncho-pneumonique, ou la grippe à forme typhoïde, ou encore la grippe avec des accidents de méningisme. Il faut alors interrompre l'allaitement.

Angine. — « Chez une femme atteinte *d'angine inflammatoire*, nous avons conseillé de laver soigneusement le sein de la mère, de faire téter l'enfant, puis de l'éloigner, de la transporter dans une autre pièce. Toutes les deux ou trois heures il était allaité dans les mêmes conditions. La mère guérit et son bébé ne présenta aucun trouble. » (Budin) (1).

Fièvre typhoïde. — Cette maladie doit faire rejeter l'allaitement au sein. D'abord, parce que c'est une affection très grave. Même dans les formes bénignes de la fièvre typhoïde, on n'est jamais assuré qu'il ne surviendra pas une ou plusieurs complications. Ensuite, l'enfant risque de contracter la maladie de sa mère et peut présenter des accidents fâcheux du côté du tube digestif. L'allaitement pourra être repris après la guérison, s'il n'y a pas épuisement trop prononcé de la malade. Bué (2) nous rapporte qu'il existe des observations de femmes atteintes de fièvre typhoïde ayant duré plusieurs semaines, qui ont pu reprendre l'allaitement qu'elles avaient interrompu dans le cours de la maladie.

Rhumatisme articulaire aigu. — C'est une affection qui anémie très profondément les sujets qui en sont at-

1. Budin. *Manuel pratique d'Allaitement*, p. 57.
2. Bué. *Nord médical. Lille*, 1897, 85, 88.

teints. Pendant la période fébrile et douloureuse du rhumatisme articulaire aigu, sauf dans les cas tout à fait bénins, il est plus prudent d'interrompre l'allaitement. D'ailleurs la sécrétion lactée se tarit le plus souvent, lorsque l'atteinte est un peu prolongée.

Mesnil dans sa thèse rapporte l'observation suivante déjà publiée par Mochez :

M..., 21 ans, domestique, entre le 2 novembre 1887 à la crèche Sainte-Anne à l'Hôtel-Dieu, dans le service du professeur Proust.

Le début de la maladie remonte à quatre jours. La malade a commencé à ressentir un malaise général, des douleurs erratiques dans les membres, puis l'articulation tibio-tarsienne est devenue douloureuse. Elle est accouchée à la fin du mois de juillet d'un enfant qu'elle a nourri jusqu'à présent et qui est en parfaite santé.

A son entrée... les seins sont légèrement affaissés, ils donnent encore du lait qui est diminué de quantité. L'enfant a mal dormi, il est agité depuis deux jours, il ne cesse de crier ; ses selles paraissent normales.

Dès le second jour, le diagnostic de rhumatisme se confirme.

Le 6 novembre, les seins sont à peu près flasques et vides...

La malade se rétablit lentement ; elle sort le 19 décembre encore très *pâle* et très affaiblie. La sécrétion lactée n'a pas reparu : les seins sont revenus au volume qu'ils avaient avant la grossesse.

Diphtérie. — Il est préférable de séparer l'enfant de sa mère dès que l'on soupçonne chez celle-ci la diphté-

rie. Si on craignait même que l'enfant ne soit déjà contagionné, on n'hésiterait pas à lui injecter du sérum de Roux. En 1898, M. Arnozan (1) a communiqué des expériences qui semblaient établir la toxicité du lait d'une nourrice atteinte de diphtérie.

En 1900, M. Combe-Laboisière a observé deux faits qui semblaient plutôt établir l'innocuité du lait d'une nourrice également atteinte de diphtérie.

Érysipèle. — Cette maladie est considérée par beaucoup d'auteurs comme une contre-indication absolue à l'allaitement. L'enfant par sa plaie ombilicale est excessivement sensible aux streptocoques. D'après M. Roger, les femmes atteintes d'érysipèle ne provoquent aucun trouble chez le nourrisson.

Fièvres éruptives. — Lorsqu'une fièvre éruptive se déclare chez une nourrice faut-il supprimer l'allaitement au sein? Pour M. Dufour : « le nourrisson doit être laissé à sa mère, atteinte de *scarlatine*, surtout dans la clientèle hospitalière, où leur séparation implique pour l'avenir la suppression du lait maternel et ses fâcheuses conséquences. Le nourrisson semble, comme on l'a déjà dit, jouir d'une immunité relative vis-à-vis de la scarlatine. »

Lorsque la maladie est déclarée chez la mère, l'enfant a quelque chance d'être déjà contaminé ; mais ce n'est pas certain. Aussi, il est prudent de le séparer de sa mère. Si l'enfant venait à présenter les signes de maladie contagieuse, on le remettrait de suite au sein. La

1. *Bulletin médical*, 1900, p. 1335.

plupart du temps, dans les fièvres éruptives, il est préférable de supprimer *temporairement* l'allaitement au sein de la mère, pour le reprendre après la convalescence.

Maladies chroniques. — Dans toutes les cachexies, cancéreuse, paludéenne et diabétique, l'enfant ne devra pas être nourri au sein de sa mère. On ne peut, en effet, songer à faire allaiter une femme atteinte d'un cancer ou d'une tumeur maligne.

Les cas légers d'*impaludisme* pourraient permettre l'allaitement au sein, car l'impaludisme semble ne pas se transmettre par le lait, mais le traitement de la mère par la quinine pourrait occasionner des troubles chez l'enfant. C'est d'habitude un obstacle à l'allaitement.

Lorsque la mère pour un motif quelconque ne peut donner le sein à son enfant, on peut confier ce dernier à une nourrice sur lieu « ou *remplaçante* ». Pour l'enfant issu de parents *syphilitiques*, la règle de conduite est invariable : Cet enfant doit être nourri par sa mère. Si l'allaitement par la mère n'est pas possible, il faut donner à cet enfant du lait stérilisé. Si l'accident initial se montre chez une nourrice après l'accouchement, le sevrage immédiat est indiqué.

Sous le nom d'allaitement indirect, on a proposé de donner à l'enfant hérédo-syphilitique le lait d'une nourrice. L'enfant exercerait la succion au moyen d'une *téterelle*. Nous n'osons pas trop conseiller ce procédé, malgré son utilité chez certains de ces nourrissons, particulièrement débilités, car il faudrait prendre de *grandes précautions* pour ne pas contagionner la nourrice.

Intoxications. — *L'alcoolisme* de la mère a une influence néfaste, d'abord, sur le fœtus, et plus tard sur l'enfant allaité au sein.

D'après M. Nicloux (1), l'alcool ingéré sous forme d'alcool à 10 0/0 passe à travers le placenta de la mère au fœtus. Le sang de la mère et celui du fœtus renferment au même instant des proportions d'alcool, sinon égales, du moins très voisines.

Mais un autre point aussi important, c'est celui du passage de l'alcool ingéré, sous forme d'alcool, dans le lait de la nourrice. Sang et lait renferment au même instant à peu près la même proportion d'alcool. Ces données ont été établies cliniquement sur les nourrices, et expérimentalement sur l'animal.

« *L'alcoolisme aigu* de la nourrice produit chez l'enfant de la stupeur, de la somnolence avec sécheresse de la langue, aspect vultueux du visage; l'*alcoolisme chronique* amène des vomissements, de la diarrhée, suivis d'amaigrissement et même de convulsions. » (Demelin)(2).

L'intoxication par le *tabac* détermine également des troubles chez le nourrisson. M. Demelin dans la *Revue d'obstétrique internationale* raconte le fait suivant :

« Nous avons vu une nourrice qui chiquait et dont le poupon maigrissait à vue d'œil, avait des vomissements, de la lientérie fétide, et des mouvements con-

1. Nicloux. *Thèse Paris*, 1900.
2. Demelin. *Revue d'obstétrique internationale*, 1896, p. 33.

vulsifs. Le tout disparut, même en gardant la nourrice, mais en lui supprimant le tabac. »

Il faut être très réservé dans l'administration des *médicaments* chez la femme qui allaite. Un grand nombre de médicaments absorbés par la nourrice passent dans le lait et peuvent par conséquent déterminer chez le nourrisson des accidents, des intoxications (la quinine, le salicylate de soude, l'antipyrine, le chloral, l'arsenic, le fer, l'atropine).

Grossesse et allaitement. — « La grossesse, dit Budin, est compatible avec l'allaitement, pour peu que l'état général de la femme permette de faire face à cette double fatigue. Certaines femmes enceintes sont d'excellentes nourrices. A la clinique Tarnier, l'une d'elles a nourri son enfant presque dix jours avant l'accouchement. Un enfant qui avait obtenu la médaille d'or au concours des bébés de Boulogne-sur-Seine était nourri par sa mère qui était enceinte. Le praticien n'aura donc pas à déconseiller l'allaitement à une femme qui devient enceinte, à la seule conditon que la santé de la femme soit satisfaisante.

Dans la très grande majorité des cas, l'enfant allaité ne souffre pas de la grossesse de la mère. D'ailleurs, la composition du lait n'est pas modifiée du fait de la grossesse; et le retour à l'état colostral, signalé par Donné chez les nourrices enceintes, n'est guère observé (Guérin). Capart (1), sur 29 femmes enceintes qui avaient

1. Capart. *Thèse Paris*, 1898.

allaité, ne trouve une diminution notable de la quantité de lait que chez deux d'entre elles.

Puisque le lait reste le même au cours de la grossesse, il sera donc exceptionnel que des accidents se produisent chez le nourrisson. Poirier (1) a rapporté 37 observations où l'allaitement était poursuivi jusqu'au quatrième, cinquième, sixième mois de la grossesse sans aucun dommage pour la santé des nouveau-nés dont le poids s'accroissait régulièrement.

Quant aux risques d'une fatigue excessive pour la mère, ce n'est guère à redouter, la sécrétion lactée se suspendant dès que l'organisme, pour une cause quelconque (grossesse, maladie infectieuse), ne peut plus suffire à cette dépense qui est supplémentaire à son fonctionnement normal.

De la menstruation pendant l'allaitement. — Gillet (2) dans sa thèse, étudie, non seulement la fréquence des règles, mais aussi l'influence sur le nourrisson du lait de femme réglée. D'après cet auteur, 45 0/0 environ des nourrices sont réglées pendant l allaitement, et les règles paraissent du troisième au sixième mois après l'accouchement.

Le lait, au moment des règles, est plus dense, plus riche en beurre, moins riche en sucre, la diminution des sels est insignifiante. Le lait intercalaire est semblable à celui qui existait avant la réapparition de la fonction menstruelle.

1. Poirier. *Thèse Paris*, 1890.
2. Gillet. *Thèse Toulouse*, 1898.

Quant aux nourrissons, 17,9 0/0 ont été indisposés pendant la période menstruelle ; les autres n'ont aucunement souffert.

D'après Tarnier, quand la menstruation se rétablit pendant l'allaitement, la sécrétion lactée subit en général une diminution de quantité à chaque époque.

D'après Roche (1), la réapparition des règles chez la nourrice retentit dans la plupart des cas sur la santé du nourrisson, et, pour lui, c'est presque toujours un indice que la sécrétion lactée tend à se tarir.

Le professeur Budin rapporte, dans son livre sur l'allaitement, qu'en 1875, avec le Dr Segond, il a reconnu que les règles s'étaient établies chez une nourrice, grâce aux troubles que présentait à date fixe l'enfant auquel elle donnait le sein.

Cependant, la plupart du temps, les mères qui ont leurs règles peuvent continuer l'allaitement, sans que la santé de leur enfant en souffre.

Emotions morales. Chagrins. — Les émotions morales, les chagrins domestiques peuvent modifier le lait de la mère, à un point tel que, bon gré mal gré, il faut recourir à l'allaitement artificiel, sous peine de voir mourir l'enfant.

Le Dr Quillier (2), dans sa thèse, rapporte l'observation suivante prise à la clinique Tarnier.

La femme C..., mariée, accouche une première fois. Elle nourrit son enfant au sein. Celui-ci s'élève sans

1. Roche, *Thèse Paris*, 1901.
2. Quillier. *Thèse de Paris*, 1901.

accident. Elle redevient enceinte et accouche le 21 novembre 1900 d'une fille pesant près de 7 livres.

Un mois après l'enfant qui, depuis quelques semaines, avait des troubles digestifs, présente un eczéma intense, généralisé ; la tête et la figure seulement sont respectées. — En interrogeant la mère, nous apprenons qu'elle vit en très mauvaise intelligence avec son mari, qui n'hésite pas à recourir aux arguments frappants.

De jour en jour, la quantité et la qualité de son lait diminuent fortement.

M. Budin fait donner en plus du sein maternel du lait stérilisé.

Les troubles digestifs sont toujours accusés et l'eczéma envahit bientôt tout le corps. Mais la mère a remarqué que son bébé prend et digère très bien le lait stérilisé ; par contre, il vomit toujours après avoir pris le sein. L'enfant diminue toujours ; alors on remplace l'allaitement mixte par l'allaitement artificiel.

A partir du jour où la mère ne donne plus le sein, les troubles digestifs et cutanés disparaissent en moins de quatre semaines et l'enfant se met à augmenter.

La plupart du temps ces accidents sont de courte durée, quelquefois cependant ces accidents nécessitent le sevrage.

Opérations obstétricales. — Peut-on faire nourrir son enfant à une mère qui a subi une grande opération ? M. Maygrier a publié, en 1898, l'observation d'une femme qui avait allaité son enfant après avoir subi l'opération césarienne. Nous avons trouvé à la Ma-

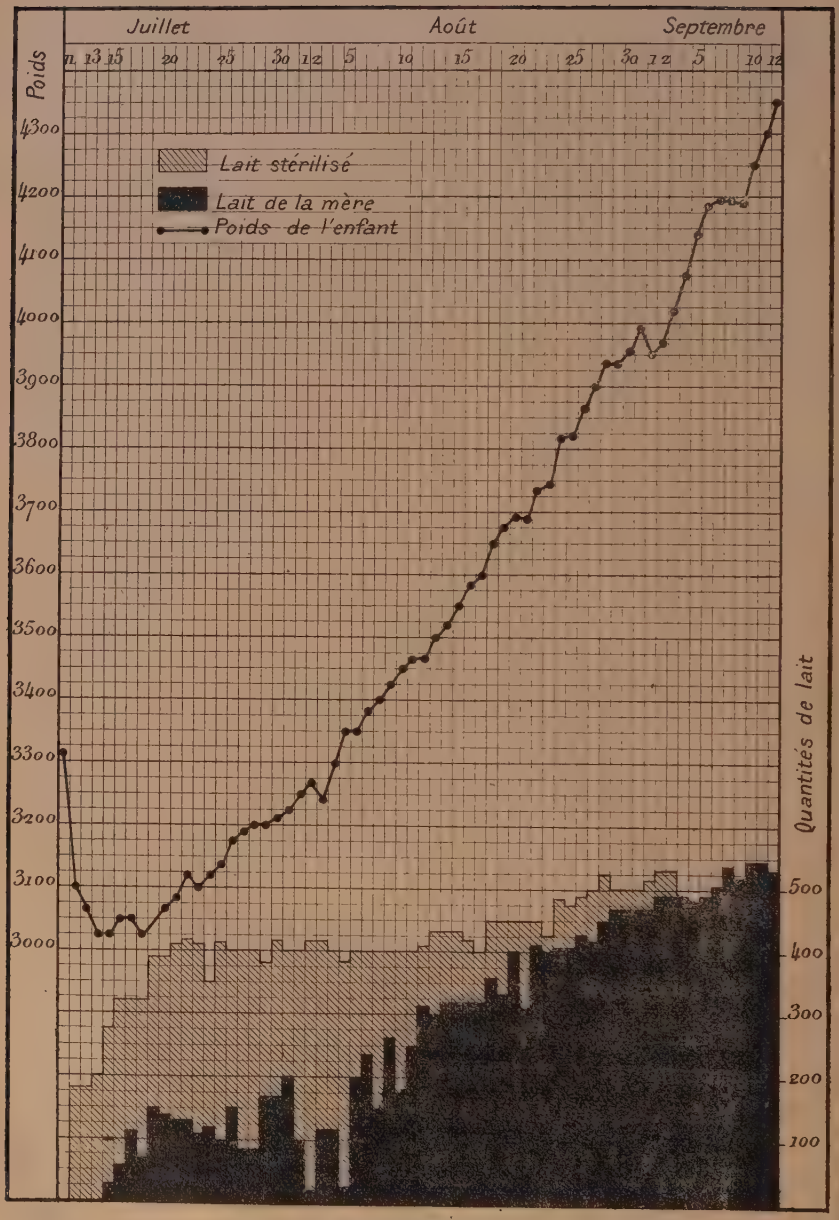
Juillet
Août
Septembre
Poids
Quantités de lait
Lait stérilisé
Lait de la mère
Poids de l'enfant
4300
4200
4100
4000
3900
3800
3700
3600
3500
3400
3300
3200
3100
3000
500
400
300
200
100

PLANCHE II

ternité de la Charité une observation analogue. Nous la rapportons succinctement :

L..., agée de 24 ans, lingère, primipare, entre dans le service de la Charité le 7 mai 1903. M. Maygrier fait à cette femme une opération césarienne le 11 juillet 1903 à 9 heures du matin pour un bassin cypho-scolio-rachitique.

(Enfant vivant du sexe féminin, pesant 3.310 grammes). Nous donnons dans un tableau ci-contre la courbe de poids de l'enfant pendant les jours suivants, et aussi la quantité de lait maternel et de lait stérilisé que cet enfant prenait journellement (V. pl. II). L'enfant a quitté le service, nourri exclusivement au sein de sa mère.

Dans les premiers jours qui ont suivi l'opération césarienne, la sécrétion lactée chez l'opérée fut peu abondante, elle augmenta progressivement.

Si l'on fait allaiter une femme qui a subi une opération césarienne, « à plus forte raison, dit M. Demelin, permettra-t-on l'allaitement après toute autre opération, obstétricale ou non. La contre-indication viendrait du mauvais état général, ou de la débilité de l'opérée. »

Rétablissement de la sécrétion lactée. — On peut obtenir le rétablissement de la sécrétion lactée chez des femmes qui ont cessé de nourrir leur enfant pendant un certain temps pour une cause quelconque. Pour cela, il faut remettre l'enfant au sein régulièrement toutes les trois heures, et les succions répétées du nourrisson feront monter le lait de la mère.

Nous empruntons à la thèse de Leleu (1) l'obser va-

1. Leleu. *Thèse de Paris*, 1908.

tion suivante, *présentée* par M. Budin, *au Congrès international de médecine* (août 1900).

Il s'agit d'une femme C..., primipare, qui accouche chez une sage-femme, agréée, le 3 avril 1900. — Comme l'enfant était débile (2.250 grammes) et ne pouvait prendre le sein, la sage-femme conseille à la mère de le confier à une nourrice au sein.

On en fit venir une du bureau qui emporta l'enfant. Quelque temps après, la mère inquiète écrivit au maire du pays, pour savoir si la nourrice qu'elle avait choisie donnait bien le sein.

Il lui fut répondu que cette femme était accouchée depuis un an et qu'elle n'avait été autorisée qu'à prendre un enfant au biberon.

La mère très effrayée partit immédiatement, et elle trouva son bébé pâle, faible, avec des garde-robes verdâtres. Elle le prit, revint avec lui à Paris et nous l'amena à la consultation des nourrissons, le 7 mai, c'est-à-dire trente-quatre jours exactement après sa naissance. Cet enfant, à cinq semaines, ne pesait que 2.250 grammes.

Nous le prenons dans le service avec sa mère. Les seins de cette dernière étaient assez volumineux, souples et mous ; mais elle n'avait jamais allaité et comme elle était accouchée depuis trente-quatre jours, à la pression, on ne pouvait absolument rien faire sortir de ses seins.

On mit l'enfant au sein d'une nourrice, il se rétablit peu à peu et sa courbe devint bientôt très belle.

A sa sortie, le 14 mai, il pesait 2.480 grammes. En même temps nous essayâmes de faire revenir le lait dans le sein de sa mère.

Pour cela, on la fit téter par un gros enfant. Le 7 et le 8 mai, il ne put rien faire sortir; mis sur le plateau de la balance,

avant et après la têtée ; il n'avait pas augmenté de poids.

Le 9 et le 10 mai, il prit 5 grammes.

Le 11 mai, il prit 35 grammes.

Le 12 mai, il prit 70 grammes.

Le 13, la mère donna le sein au gros enfant, et commença à faire téter le sien, elle fournit ce jour-là 145 grammes.

Le 14 elle fournit 185 grammes.

Le 15 elle fournit 275 grammes.

Le 16 elle fournit 360 grammes.

Le 17 elle fournit 460 grammes.

Le 18 elle fournit 595 grammes.

Donc, en neuf jours, chez cette femme, qui n'avait pas une goutte de lait dans les seins, on était parvenu à faire monter le lait en grande quantité.

Elle partit le 19 mai, nourrissant seule son enfant ; elle nous le ramena plusieurs fois à la consultation des nourrissons et, le 15 juin 1900, il pesait 3.110 grammes, et se portait aussi bien que possible.

Comme l'on peut en juger la sécrétion mammaire s'est établie sans difficultés notables et le seul moyen employé a été la *succion* répétée des seins, par un gros enfant et par le propre enfant de cette femme.

Ce mécanisme de la sécrétion lactée provoquée par la succion est connu depuis longtemps. La succion entretient la sécrétion lactée. Le professeur Budin aimait à rapporter le cas d'une femme dont l'enfant était au service des débiles de la Maternité, et qui payait trois francs par jour pour se faire téter par l'enfant d'une voisine, afin de conserver suffisamment de lait dans ses seins

pour le moment où son enfant sortirait de l'hôpital.

Nous pouvons utiliser d'autres moyens pour exciter la sécrétion de la glande mammaire : le massage, l'électrisation. M. Bédard (1) possède treize observations où il a cherché à rétablir par l'électrisation la sécrétion lactée. Sur treize cas, il a obtenu onze succès, confirmés par un rétablissement définitif de la sécrétion de la glande.

1. Bédard. *Echo médical du Nord*, 24 mars 1901.

CHAPITRE III

Causes tenant aux conditions sociales dans lesquelles se trouve la mère

Dans la classe ouvrière proprement dite, où mari et femme travaillent à l'atelier, l'élevage de l'enfant qui vient de naître pose un problème bien difficile à résoudre pour les pauvres gens.

Le Dr Binet, dans sa thèse, donne une statistique portant sur 484 ouvrières qui ont eu 1.377 enfants ; or 691 fois, les causes qui ont empêché les mères d'allaiter leur enfant au sein ont été la nécessité d'aller travailler hors de leur domicile (*soit* 50, 18 0/0.)

Et chez les mères qui ont allaité, la durée de cet allaitement a rarement dépassé six mois, la moyenne était de quatre à cinq mois. Quelles étaient les raisons de ce sevrage précoce ? Est-ce que la sécrétion lactée se tarissait, ou bien est-ce que la mère était forcée de reprendre son travail ?

Ces deux raisons influaient sur les décisions des mères. En effet, d'après les recherches de Planchon, de Dunème, de M. le professeur agrégé Maygrier, portant sur la classe ouvrière de Paris, nous voyons que dans près de la moitié des cas, la sécrétion lactée devient insuffisante avant l'apparition des premières dents, c'est-à-dire du quatrième au sixième mois.

Certaines mères, véritablement courageuses, donnent le sein à leur enfant tout en travaillant hors de chez elles.

Elles confient leur enfant à une crèche,ou à des voisines,pendant qu'elles vont travailler, leur font donner le biberon pendant leur absence,et leur donnent le sein pendant le temps qu'elles passent à la maison.

Le nombre des enfants élevés de cette façon, à l'allaitement mixte, est très faible, il ne figure dans la statistique du Dr Binet que dans la proportion de 3,2 0/0. D'ailleurs la mère de famille que a parfois la charge de plusieurs enfants, a très peu de temps, en rentrant de son travail, à consacrer à son nourrisson. Elle a de plus besoin de repos pour résister aux fatigues d'un travail journalier.

Nous empruntons à la thèse de R. Mesnil la statistique d'une grande ville industrielle du Nord. L'on trouve un nombre considérable d'enfants nés de femmes qui doivent chaque jour gagner leur vie à l'atelier ou à la filature.

A Lille, en 1896, il y a 6.285 naissances dont:

1.307 enfants d'ouvrières de filature ou de tissage
646 — — d'atelier
3.571 — — à domicile
761 — de femmes sans profession,

soit 1.953 enfants (le tiers environ) qui ne peuvent pas vivre avec leur mère.

Pour Nordheim, la rareté de l'allaitement maternel à Munich se rattache à la question sociale. D'après lui, 51 0/0 de mères ne nourrissent pas leurs enfants pour des raisons économiques.

Le professeur Pinard trouve 64 0/0 environ de mères qui n'allaitent pas pour la même raison.

En effet, dans la classe ouvrière, les conditions sociales de la vie sont telles que dans la moitié des cas elles forcent la mère à priver son enfant de son seul aliment rationnel : le sein. Dans 691 fois sur 1.377 accouchements, c'est-à-dire dans plus de 50 0/0 des cas, comme nous l'avons déjà dit plus haut, c'est pour pouvoir vivre elles-mêmes et gagner la vie de leurs enfants que les mères ont dû renoncer à allaiter.

« Il est donc impossible de séparer la question sociale de la question médicale pour la puériculture dans la classe ouvrière. »

CONCLUSIONS

Toute mère doit allaiter son enfant.

Nous devons nous efforcer d'encourager et favoriser l'allaitement au sein.

L'agalactie vraie se rencontre très exceptionnellement ; l'hypogalactie, quoique plus fréquente, est relativement rare.

Certains cas de malformations mammaires ou fœtales ne permettent pas aux mères de nourrir leur enfant.

La tuberculose pulmonaire fermée, et à plus forte raison la tuberculose ouverte, est une *contre-indication* absolue à l'allaitement.

Pour les cardiopathies, tout dépend de l'état du muscle cardiaque et nous croyons que sous réserve d'une surveillance sévère, prolongée et fréquente, on peut laisser la mère remplir son rôle jusqu'au bout.

« Dans les maladies aiguës, ce n'est pas la nature de l'affection qui doit primer, c'est au contraire son degré de retentissement sur l'état général. » (Demelin.)

L'allaitement, s'il est interrompu, ne doit l'être que

pendant la période grave de la maladie, et repris aussitôt que possible. Le lait remonte dans les seins après la guérison. On obtient le rétablissement de la sécrétion lactée après quinze jours, même après quatre semaines d'interruption de l'allaitement.

Les traumatismes obstétricaux, même graves, même suivis d'infection puerpérale, ne sont pas une contre-indication à l'allaitement. Il suffit d'attendre que l'état général de la mère soit redevenu meilleur pour commencer à mettre l'enfant au sein.

L'enfant, issu de parents syphilitiques, doit être nourri par sa mère.

Dans les cachexies, cancéreuse, paludéenne, diabétique, il faut interdire l'allaitement au sein.

Au point de vue médical, presque toutes les femmes peuvent donc allaiter. Ce sont les causes tenant aux conditions sociales dans lesquelles se trouvent certaines mères qui, dans la grande majorité des cas, sont un obstacle à *l'allaitement maternel.*

Vu : le Président de la thèse
PAUL BAR

Vu pour le Doyen,
l'Assesseur,
POUCHET

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie
LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Ancelet. — De l'assistance aux mères et aux nourrissons. *Revue philanthropique*, 10 août 1904.

Amans. — Etude sur la loi Roussel. Thèse de Toulouse, 1898.

Aubert. — Emploi sur la faradisation localisée pour rappeler la sécrétion lactée. *Union médicale, IX°, Paris*, 1855.

Aymard. — Thèse de Paris, 1891.

Babeau. — Troubles gastro-intestinaux, provoqués chez un enfant par le lait de sa mère. (*Montpellier médical* et *Journal de clinique et thérapeutique infantile*, p. 679, 26 août 1897.)

Bar. — De l'intolérance d'un nourrisson pour le lait de femme et remarques sur l'intolérance que manifestent quelques enfants pour certains laits. *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, n° 4, 1903.

Bar, Brindeau, Chambrelent. — La pratique de l'art des accouchements, *tome premier*. Paris, 1907.

Bar. — Leçons de Pathologie obstétricale. Paris, Asselin et Houzeau, 1907.

— La folie des nourrices. *Journal des Praticiens*, 20 et 24 oct. 1908.

Bédard. — Rétablissement de la sécrétion lactée par l'électrisation. *Echo médical du Nord*. Lille, 1907, 127.

Binet. — L'allaitement maternel considéré spécialement au

point de vue de ses difficultés sociales. Thèse de Paris, 1904.

Boissard. — Hygiène alimentaire de l'enfance. *Obstétrique*, 15 janvier 1897.

Boissard et Barbezieux.— Mères et nourrissons. Paris, Steinheil, 1892.

Bouchacourt. — Observation d'intolérance d'un enfant vis-à-vis du lait de la mère. *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, n° 4, 1903.

Bouchacourt (L.). — Communication à la Société obstétricale de France, le 11 avril 1901.

Bouchut — De l'ulcération et de l'oblitération des conduits lactifères. *Gazette des hôpitaux*. Mars 1852.

Brieux. — Quelques considérations sur les causes invoquées pour supprimer l'allaitement au sein. Thèse de Paris, 1902.

Budin. — Troubles survenus chez des nourrices. Retentissement immédiat sur leurs nourrissons (observations). *Obstétrique* 15 juillet 1896.

— Sur l'alimentation des nourrissons. *Obstétrique*, 15 septembre 1896.

— Allaitement mixte et allaitement artificiel. *Obstétrique*, 15 juillet 1897.

— Leçons de clinique obstétricale. Paris, 1899.

— Quelques considérations sur la sécrétion lactée chez la femme. *Obstétrique*, 15 nov. 1900.

— De l'allaitement pendant les suites de couches pathologiques, 15 novembre 1901. *Obstétrique*.

— Des moyens de combattre la mortalité infantile. *Revue philanthropique* du 10 janvier 1902.

Budin. — De l'allaitement au sein par les ouvrières d'usines, de fabriques, de manufactures. *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, n° 4, 1904.

Budin et Demelin.— Manuel pratique d'accouchement et d'allaitement. Paris, Doin, 1904.

Bué. — Maladies infectieuses et allaitement. *Nord médical*. Lille, 1897, 85-88.

Capron. — Des anomalies de la sécrétion mammaire. Paris, 1877.

Champion. — De l'allaitement maternel. Thèse de Paris, 1904.

Cornu. — Thèse de Paris, 1906.

Cramoisy. — Agalactie chez la nourrice guérie par une nourriture particulière. *Gazette des hôpitaux*, 1857-499.

Damourette. — Affections des nourrissons consécutives à la galactophorite de la nourrice. Thèse de Paris, 1897.

Demelin. — De l'allaitement maternel pendant les premières semaines qui suivent l'accouchement. *Revue d'obstétrique internationale.* Toulouse, 1896-1897.

— Des substances qui passent dans le lait et leur influence sur la santé du nourrisson. *Revue d'obstétrique internationale.* Toulouse, 1896, 33, 38.

— Contre-indication de l'allaitement maternel. *Revue d'obstétrique internationale.* Toulouse, 1898, 145, 152.

Desormeaux. — Préservation des nourrices et des nourrissons contre la syphilis. Thèse de Paris, 1906.

Dhomond. — L'allaitement artificiel. *Annales de médecine et de chirurgie infantiles.* Juillet 1902.

Mme B. Dluska. — Contribution à l'étude de l'allaitement maternel. Thèse de Paris, 1894.

Doat. — Des difficultés de l'allaitement provenant de la forme du mamelon. Thèse de Paris, 1888.

Dubrisay. — L'allaitement au sein. *Gazette des hôpitaux*, 1902, p. 1089.

Dubrisay et Jeannin. — Précis d'accouchement.

F. Ducourneau. — Des moyens de combattre la dépopulation par la diminution de la mortalité infantile, et principalement en favorisant l'allaitement maternel. Thèse de Paris, 1900.

Dunème. — Sur la durée de l'allaitement exclusif au sein chez les mères nourrices de la classe ouvrière à Paris. Thèse de Paris, 1902.

Foncaud. — De l'allaitement. Thèse de Bordeaux, 1896.

Féré. — Cas de suppression de la sécrétion lactée à la suite

d'un accès d'épilepsie. *Compte rendu de la Société de biologie de Paris*, 1891, 345.

Fourcauld (de). — Des rapports qui existent entre le non allaitement et les diverses affections de l'appareil utéro-ovarien. *Bulletin de la Société de médecine pratique de Paris*, 1881, 121, 123.

Gravière. — Comparaison entre l'allaitement mercenaire à distance et l'allaitement artificiel. Thèse de Paris, 1895.

Hery. — Sur l'allaitement du nouveau-né.

Hubert. — L'amastie. Thèse Paris, 1907.

Jacob. — Les méfaits du biberon. Thèse de Paris, 1896.

— Menstruation et allaitement. Thèse de Paris, 1898.

Jeannin. — Alimentation du nouveau-né. *Gazette des hôpitaux*. 26 avril 1902, 3 mai 1902.

Jeannin et Barlerin. — Des affections mammaires dans leur rapport avec l'allaitement. *Obstétrique*, juillet 1905.

Jochkervitch. — Contribution à l'étude de l'allaitement chez les albuminuriques. Thèse Paris, 1899.

Kaforge et Lédé. — Des causes de la mortalité des enfants dans leur première année d'existence et des moyens d'y remédier. *Bulletin médical*, 25 avril 1897.

Keim. — Agalactie héréditaire chez une hystérique. *Annales de la Société obstétricale de France*, 1901.

Laisney. — De l'augmentation de la sécrétion lactée suivant les demandes. Thèse de Paris, 1903.

Leleu. — Contribution à l'étude de l'établissement tardif de la sécrétion lactée. Thèse de Paris, 1908.

Lepage. — De l'allaitement maternel. *Presse médicale*, 5 juin 1897.

Leroux. — Cardiopathies et allaitement. Thèse de Paris, 1907.

Marfan. — De l'allaitement artificiel. Paris, 1896. Le pouvoir d'allaiter a-t-il diminué chez les femmes de nos jours. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*. Janvier 1902.

— Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier âge, 1903.

MAYGRIER. — La consultation des nourrissons à la Charité de 1898 à 1901. *Annales de la Société obstétricale de France*, 1901.

— La consultation de nourrissons. Paris, 1903.

— Six années de pratique d'une consultation hospitalière de nourrissons. *Annales de la Société d'Obstétrique de France*, 1904.

MENDELSSEHN. — Contribution à l'étude de la galactophorite. Thèse de Paris, 1902.

MESNIL (R). — Les mères qui ne peuvent pas allaiter au sein leur enfant. Thèse Paris, 1903.

MOCHIN. — De l'influence des maladies aiguës sur l'allaitement. Thèse de Paris, 1891.

MOLL-WEISS (Mme). — Les mères de demain, 1902.

NEUFELD. — Études cliniques et bactériologiques de la galactophorite. Thèse de Paris, 1901.

NEUMANN. — Les modes d'alimentation et les maladies infectieuses chez les nourrissons. *Revue des maladies de l'enfance*, octobre 1895, p. 453.

NICLOUX. — Thèse de Paris, 1900.

ORTÉGA. — De l'influence qu'exercent la grossesse, l'accouchement et l'allaitement sur la phtisie pulmonaire et réciproquement. Thèse de Paris, 1876.

ONI. — Les gerçures du mamelon, prophylaxie et traitement. *Echo médical du Nord*.

PETIT. — Le droit de l'enfance à sa mère. Thèse de Paris, 1895.

PHILIPPET. — Les prétextes invoqués contre l'allaitement maternel. Thèse de Paris, 1903.

PINARD. — La puériculture du premier âge. Paris, 1904.

PINEAU. — Quelques considérations sur l'allaitement. Thèse de Paris, 1891.

PLANCHON. — Durée de l'allaitement au sein. *Obstétrique*, 15 mai 1902.

POIRIER. — Allaitement et grossesse. Thèse de Paris, 1891.

G. PROUST. — Influence qu'exercent la grossesse, l'accouchement et l'état puerpéral sur la tuberculose pulmonaire. Thèse Paris, 1903.

Quillier. — L'eczéma des nourrissons. Thèse de Paris, 1901.

Quinsac. — Retour de la sécrétion lactée après un sevrage prolongé. Thèse de Paris, 1904.

Ribemont-Dessaigne et Lepage. — Précis d'obstétrique.

Roche. — Influence de la menstruation de la nourrice sur l'enfant qu'elle allaite. Thèse de Paris, 1901.

Rothschild (H. de). — Les troubles gastro-intestinaux chez les enfants du premier âge. Thèse de Paris, 1898.

Rouvier. — Impaludisme et allaitement. Archives de toxicologie de Paris, 1889, 353, 359.

Roy. — Des principales circonstances qui peuvent rendre l'allaitement difficile ou même impossible chez la femme. Paris, 1821.

Segond. — Annales de gynécologie, 1874.

Strauss (Paul). — L'enfance malheureuse. Paris, 1896.

Tarnier, Chantreuil et Budin. — Traité de l'art des accouchements, tome IV.

P. Trégouet. — De l'allaitement dans les suites de couches pathologiques et dans quelques autres états infectieux. Thèse de Paris, 1902.

Vallin. — L'alcoolisme par l'allaitement. *Communication à l'Académie de médecine*, séance du 20 octobre 1896. *Obstétrique*, janvier 1897.

Vinay. — Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches. Paris, 1894.

Vitry. — Physiologie de la nourrice. Thèse de Paris, 1905.

Voix. — L'allaitement mixte. Thèse de Paris, 1903.

Wallich. — Sur la façon de diriger l'allaitement maternel. *Revue d'obstétrique et de pédiatrie*, 1894.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

AVANT-PROPOS 7

INTRODUCTION. 9

Les difficultés de l'allaitement au sein 13

CHAPITRE PREMIER. — *Causes tenant à l'enfant* 13

CHAPITRE DEUXIÈME. — *Causes tenant à la mère* 24

I. — Causes d'ordre pathologique 24

II. — Malformations des seins 27

III. — Affections des seins qui peuvent survenir au début ou au cours de l'allaitement au sein . . . 29

IV. — Agalactie. Hypogalactie 34

V. — Maladies de la mère 39

Cardiopathies. 39

Tuberculose 41

Maladies aiguës. 50

Maladies chroniques 59

Intoxications. 60

CHAPITRE TROISIÈME. — *Causes tenant aux conditions sociales dans lesquelles se trouve la mère* 71

CONCLUSIONS 75

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE. 77

Imprimerie des Facultés, A MICHALON, 10, rue de Vaugirard, Paris.